



“SABERES Y HACERES DEL CUIDADO DE QUIENES CUIDAN”

Yency Soleydy Cardozo Vásquez

73772

Máster en Salud Pública

2017



Dña. Inés Aguinaga Ontoso, profesora titular de Medicina Preventiva y Salud Pública en el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra.

HAGO CONSTAR: Que el Trabajo de Fin de Máster Titulado:

“SABERES Y HACERES DEL CUIDADO DE QUIENES CUIDAN”

original de la Fisioterapeuta Yency Soleydy Cardozo Vásquez, estudiante del Master Universitario de Salud Pública, en el curso 2016 – 2017, ha sido realizado bajo mi dirección y cuenta con el Visto Bueno para su defensa.

Pamplona, a 21 de Junio de 2017

Fdo: Dra. Inés Aguinaga

ABSTRACT

The program “Saberes y Haceres del cuidado de quienes cuidan” from a comprehensive and human resources for health perspective, pretends to strengthen care actions from caregivers from the dimensions: knowledges, social practices, corporeality, legal-political, emotional, at the local government of Madrid, Cundinamarca-Colombia. It is based on a multidimensional view, where are recognized diverse social, sanitary and biological phenomena who mix together and interact in the complexity of realities of “Caregiving” and, therefore, in the realities of caregivers.

The experiences of caregiving in different latitudes, included Colombia, have identified that caregivers undergo a combination of experiences that spoil their own health, provide an emotional, physical and social overload, which have an effect on their quality of life as a combination of intrinsic and extrinsic factors.

The program deploys different actions at local government level based on the following principles: realities reading, knowledges and human meeting’s dialogues; through training and involvement scenes, thus:

EnCoCo, collective construction encounters with caregivers through workshops, its roadmap consider themes moving from characterization, corporeality, emotionality, knowledges, to do’s, up to legal and normative issues.

“En Red Ando”, intersectoral and community network, where talks, proposals, plannings and actions implementations occurs from a workplan builded jointly with caregiver leaders, in order to have impact on realities, needs and prospects of municipal care and caregivers.

“Respiros”, breaks, Homecare support service.

Residence accompaniment and tracking, home meetings where EnCoCo components are developed, in those cases where complexity of care or distances (lanes) do not allow the involvement in the collective construction encounters.

It lay out in its design, actions from Local Health Local Direction workteam formation, local government intersectoral work agreements, population call and recruitment, characterization, training and involvement scenarios, as well as tracking and assessment actions in every stage; in favor of shaping an implementation mechanism, that allows to replicating it in other contexts and municipalities.

Key Words: Caregivers, Care, Program, Colombia.

RESUMEN

El programa “Saberes y Haceres del cuidado de quienes cuidan”, desde una perspectiva comprensiva y salubrista, busca fortalecer las acciones de cuidado de cuidadoras y cuidadores desde las dimensiones: saberes, haceres, corporalidad, jurídico-política, emocional, en el municipio de Madrid, Cundinamarca-Colombia. Se fundamenta en una mirada multidimensional, donde se reconocen diversos fenómenos sociales, sanitarios y biológicos que se entremezclan e interactúan en la complejidad de las realidades del “Cuidado” y, por ende, en las realidades de los cuidadoras y cuidadores.

Las experiencias de cuidado en diferentes latitudes, incluida Colombia, han identificado que los cuidadores experimentan un conjunto de experiencias que deterioran su salud, aportan una sobrecarga emocional, física y social, lo que repercute en su calidad de vida como conjunto de factores intrínsecos y extrínsecos.

El programa despliega diferentes acciones a nivel Municipal que se fundamentan en los principios: lectura de realidades, dialogo de saberes y encuentro humano; a través de escenarios de formación y participación, así:

EnCoCo, Encuentros de construcción colectiva con cuidadoras y cuidadores a través de talleres, su hoja de ruta contempla ejes temáticos que transitan desde la caracterización, corporalidad, emocionalidad, saberes, haceres, hasta lo jurídico-normativo.

“En Red Ando”, Red de trabajo intersectorial y comunitario, donde se dialoga, propone, planea e implementan acciones desde un plan de trabajo construido conjuntamente con los líderes y líderesas cuidadoras, para incidir en las realidades, necesidades y expectativas del cuidado y cuidadores del municipio.

Respiros, servicio de apoyo al Rol del cuidado en domicilio.

Acompañamientos y seguimientos en domicilio, encuentros domiciliarios donde se desarrollan los componentes de EnCoCo, en aquellos casos donde la complejidad del cuidado o las distancias (Veredas) no permitan la participación en los Encuentros de construcción colectiva.

Plantea en su diseño, acciones desde la conformación del equipo de trabajo de la Dirección Local de Salud Pública, Acuerdos de trabajo intersectorial en el Municipio, Convocatoria y Captación de la población, Caracterización, Escenarios de formación y participación, así como acciones de seguimiento y evaluación en cada etapa; en pro de configurar un mecanismo de implementación del mismo, que pueda ser replicado en otros municipios y contextos. **Palabras Clave:** Cuidadores, Cuidar, Programa, Colombia.

A mis padres y hermanos, y sus familias, a l@s cuatr@ peques, por su apoyo y amor incondicional, así como por animarme en esta aventura lejos de casa, con sus abrazos en la distancia y palabras de animo y orientación para transitar este camino que trasciende lo académico.

A todas mis amigas y amigos, en Colombia y en Pamplona... por su apoyo, reciprocidad y compañía en lo académico y humano con sus sonrisas, abrazos y palabras.

A Dios y las fuerzas de la naturaleza que han permitido y orientado el día a día de este viaje.

*"He aquí mi secreto: solo con el corazón se puede ver bien.
Lo esencial es invisible a los ojos". Antoine de Saint-Exupéry*

AGRADECIMIENTO

A todas las mujeres y hombres que a través de los últimos años en los proyectos de extensión e investigación del Laboratorio del Movimiento Corporal Humano y el Instituto de Desarrollo Humano (dis) Capacidades y Diversidades de la Universidad Nacional de Colombia, me permitieron preguntarme por el cuidado y su significado.

A la Profesora y Amiga Beatriz Mena Bejarano, por los caminos académicos, personales y laborales compartidos en el Grupo de Investigación Kinesiología, Salud y Desarrollo de la Universidad Nacional de Colombia, de los cuales ha emergido el interés por este trabajo y un inmenso repositorio de experiencias y aprendizajes que se articulan en este programa.

Al Programa de Máster en Salud Pública de la Universidad Pública de Navarra por enriquecer mi quehacer como profesional desde un contexto ajeno, pero que en el ejercicio comprensivo ha permitido re-aprender de lo propio; permitiendome crecer como profesional y propiciando un escenario donde cuestionarme sobre los saberes del cuidado en el contexto Colombiano.

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO	6
TABLA DE CONTENIDO	7
ÍNDICE DE TABLAS	9
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	10
LISTA DE LOS ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS	11
LISTA DE ANEXOS	12
INTRODUCCIÓN	13
1. CAMINOS RECORRIDOS	15
LA COMPLEJIDAD DEL CUIDADO: TEJIENDO FENÓMENOS SOCIALES	15
<i>Envejecimiento</i>	15
<i>Enfermedades Crónicas</i>	17
<i>Diversidades y Discapacidades</i>	17
1. 2 REFERENTES NORMATIVOS	20
LAS POLITICAS PÚBLICAS: CUIDADO Y ENVEJECIMIENTO	21
LAS POLITICAS PÚBLICAS: CUIDADO Y ENFERMEDADES CRÓNICAS	24
LAS POLITICAS PÚBLICAS: CUIDADO Y DISCAPACIDAD	26
2. DESCRIPCIÓN DE PROBLEMÁTICA	32
CUIDADO: VIVENCIA DE LO FEMENINO	32
3. OBJETIVOS	37
OBJETIVO GENERAL	37
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	37
<i>A Largo plazo</i>	37
<i>A Mediano plazo</i>	37
<i>A Corto plazo</i>	38
<i>Pilares del Programa</i>	38
4. POBLACIÓN DE REFERENCIA	39
5. HOJA DE RUTA: AGENTES SOCIALES, PRINCIPIOS, MOMENTOS, ACCIONES Y HORIZONTE TEMPORAL	44
AGENTES SOCIALES	44
PRINCIPIOS	45
MOMENTOS	47
HOJA DE RUTA: ACCIONES E INTERACCIONES	49
<i>Primer Momento: Prepar-Acción</i>	49
Presentación del Programa a Alcaldía del Municipio	49
Desarrollo de Sesión Estratégica	49
Establecimiento y Firma de Acuerdo Municipal para el desarrollo del Programa	49
Adquisición de Recursos materiales para el desarrollo del Programa	50
<i>Segundo Momento: Caracterización... ¿Quiénes somos, dónde estamos?</i>	51
Identificación de población que recibe cuidados y cuidadores	51
Identificación y Caracterización de redes comunitarias	51
Presentación y Socialización del Programa a los Actores sociales identificados	52
Identificación de lideresas y líderes dentro del grupo de cuidadores y cuidadoras	52
Selección de Dúos Formadores (Profesionales-Líderes)	53

Formación de Dúos Formadores	53
Estrategias de Captación de Mujeres y hombres que Cuidan	53
<i>Tercer Momento: Recorridos Colectivos</i>	55
Desarrollo de consentimientos informados para participación en el programa	55
Caracterización de calidad de vida y carga del cuidado de cuidadoras y cuidadores participantes del programa	55
Análisis de línea de base sobre calidad de vida y carga del cuidado de cuidadoras y cuidadores	55
Encuentros de Construcción Colectiva	56
Ruta Metodológica	58
Acogida, Presentación y Contrato Educativo	58
Ejes de la Construcción Colectiva	60
Seguimiento y Evaluación de EnCoCo	62
Encuentros de Construcción en Domicilio: Fortalecimiento y Seguimiento	81
Respiros, Articulación con Centros Día y Agenda para Cuidar y Cuidarse del Municipio	82
<i>Cuarto Momento: En Red Ando</i>	83
Naturaleza de la Red	83
Caracterización de Activos para el Trabajo en Red	84
Mapeo de Necesidades Situadas y Sentidas del Cuidado y Cuidado de los Cuidadores en el Municipio	86
Matriz de Oportunidades para la Acción Municipal	87
Construcción del Plan de Trabajo para dinamizar el trabajo en Red	88
<i>Quinto Momento: Cómo vamos...?</i>	89
Acciones de Seguimiento y Evaluación	89
Estrategias e Indicadores de Evaluación	90
<i>Horizonte Temporal</i>	95
6. RECURSOS	96
EQUIPO DESARROLLADOR DEL PROGRAMA	96
COLABORACIONES INSTITUCIONALES	97
RECURSOS DISPONIBLES: MATERIAL TÉCNICO, INVENTARIABLE Y FUNGIBLE	98
7. PRESUPUESTO ESTIMADO SEGÚN CONCEPTOS	99
8. INFORMACIÓN Y DIVULGACIÓN	102
9. BIBLIOGRAFÍA	103
10. ANEXOS	110

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Estadísticas Básicas Nacionales, Departamentales y Municipales.....	42
Tabla 2 Organización de Grupos EnCoCo para máxima cobertura.....	57
Tabla 3 Estructura de Encuentros de Construcción Colectiva -EnCoCo	63
Tabla 4 Matriz de Necesidades: Identificación de Necesidades – Problemáticas.....	87
Tabla 5 Matriz de Oportunidades para la acción	87
Tabla 6 Horizonte Temporal del Programa	95
Tabla 7 Perfil, Funciones y Dedicación del Equipo desarrollador del Programa.....	96
Tabla 8 Presupuesto General	99
Tabla 9 Presupuesto Específico.....	100

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Mapa de Cundinamarca – División Administrativa.	39
Ilustración 2 Mapa de Madrid-Cundinamarca.....	40
Ilustración 3 Estructura Orgánica Madrid-Cundinamarca.	41
Ilustración 4 Ruta Metodológica de cada Taller.....	58

LISTA DE LOS ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
ECNT	Enfermedades crónicas no transmisibles
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PSD	Personas en situación de discapacidad
RLCPD	Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 Nota de prensa para los medios de comunicación	111
Anexo 2 Cartel Informativo.....	112
Anexo 3 Base de Datos de Registro - Variables	113
Anexo 4 Consentimiento Informado	114
Anexo 5 Encuesta de Caracterización del Cuidado de la Diada Cuidador Familiar – Persona	116
Anexo 6 Instrumento Encuesta de Sobrecarga del Cuidado Zarit	118
Anexo 7 Inventario de Habilidad de Cuidado –CAI– Ngozi Nkongho	120
Anexo 8 Cuestionario para la evolución de calidad de vida: WHOQOL-BREF	122
Anexo 9 Compromiso para el Funcionamiento del Grupo: Contrato Educativo	129
Anexo 10 Formato de Asistencia a Encuentros.....	131
Anexo 11 Formato de Evaluación de Talleres.....	132
Anexo 12 Formato de Evaluación Individual de Ejes de EnCoCo	133
Anexo 13 Evaluación Colectiva de Ejes	134
Anexo 14 Cuestionario Emociones y Sentimientos	135
Anexo 15 Acta de Sesiones En Red Ando y Encuentros en Domicilio	136

INTRODUCCIÓN

Cuidar es una cuestión de justicia social. No obstante, existe una alta dosis de injusticia social en la distribución de los trabajos del cuidado, pues “lo que unifica la noción de cuidado es que se trata, hasta hoy, de una tarea esencialmente realizada por mujeres, ya sea que se mantenga dentro de la familia o que se exteriorice por la forma de prestación de servicios personales” (Karina Batthyány, 2015).

El análisis de las experiencias de cuidadores es complejo y debe responder a una perspectiva multidimensional (Jesús Rogero-García, 2010), las y los cuidadores experimentan un conjunto de experiencias que deterioran su salud, aportan una sobrecarga emocional, física y social, lo que repercute en su calidad de vida como conjunto de factores intrínsecos (edad, género, estado civil, ingresos, nivel de educación, espiritualidad) y factores extrínsecos (horas de cuidado, relación con el beneficiario, apoyo social, habilidades de cuidado, formación para el cuidado, demanda de los cuidadores). Estos factores y su interacción impactan de formas diversas a los cuidadores, por lo que se han diseñado desde diferentes profesiones y áreas de conocimientos estrategias y herramientas para caracterizar y evaluar su interacción

En Colombia, si bien existen políticas dirigidas a poblaciones que requieren de cuidado (adultos mayores, Personas con discapacidad, personas con ECNT), que adicionalmente se encuentran entre los colectivos sociales con mayores vulneraciones y situaciones de desigualdad y pobreza, estas Políticas no se extienden a los cuidadores familiares o informales.

Por lo anterior, se presenta como un escenario de gran interés para abordar las acciones para cuidar y cuidarse en el contexto Colombiano, no solo por las complejas realidades de los cuidadores sino en el marco de la necesidad que desde los entes gubernamentales emerjan acciones continuas y pertinentes que incidan en la calidad de vida de los cuidadores y de los receptores de cuidado en nuestra comunidades.

En este sentido, y reconociendo lo anteriormente expuesto, surge este programa como estrategia para fortalecer las experiencias de cuidado del Municipio de Madrid-Cundinamarca.

El documento inicialmente presenta los caminos recorridos en relación al cuidado de cuidadores, retomando la complejidad del cuidado en relación a la interacción entre el envejecimiento, las enfermedades crónicas no transmisibles y la discapacidad, como fenómenos sociales y sanitarios que determinan el aumento de la necesidad de cuidado

en nuestro contexto. Así mismo, presenta los avances en política pública en relación a estos fenómenos sociales, identificando la ausencia de políticas públicas orientadas al cuidador y su cuidado; para cerrar estos recorridos reconociendo como lo femenino predomina en quienes ejercen el rol de cuidado.

En un segundo apartado se definen los objetivos que orientaron la elaboración de este programa y la población de referencia.

El tercer apartado, corresponde a la hoja de ruta del programa, desde su perfeccionamiento hasta su evaluación, presenta los agentes sociales esenciales para el desarrollo del programa, principios, horizonte temporal y componentes metodológicos.

Continuando con la presentación uno a uno los momentos de implementación del programa indicando las acciones y estrategias a desplegar, y los actores esenciales para su desarrollo, esta hoja de ruta tiene como punto de partida el desarrollo del acuerdo municipal, convocatoria y socialización, pasando por la caracterización de la población, como pilar que permitirá reflexionar a profundidad sobre los momentos posteriores, en razón de responder desde la lectura de realidades a las necesidades, potencialidades y expectativas de la población.

Dando paso a los Encuentros de Construcción Colectiva y dinamización de la Red de Apoyo Intersectorial y Comunitario del Municipio, En Red Ando, como escenarios participativos donde a partir de la lectura de realidades y el dialogo de saberes se comparten experiencias, saberes, haces y aprendizajes individuales, colectivos, sectoriales e intersectoriales, que permitan aportar a la transformación de las realidades de cuidado del municipio, e incidir positivamente en la calidad de vida de cuidadores, cuidadoras y receptores de cuidado.

Como cierre de este apartado se presentan las acciones de seguimiento y evaluación de cada momento y etapa, como proceso fundamental para la toma de decisiones durante su implementación y como proyección a futuro.

1. CAMINOS RECORRIDOS

Más viejos, más enfermos, más complejos, es la tríada que parece resumir la naturaleza actual de los cuidados. El envejecimiento de la población y la mayor incidencia de patologías potencialmente incapacitantes han modificado tanto las necesidades y demandas de cuidado como las prácticas y actividades familiares para darles respuesta, incrementando el tiempo y los recursos necesarios para llevarlas a cabo; y es allí donde se percibe que cuidar deja de ser una actividad cotidiana para convertirse en un problema. (Hernández-Bello, A, 2015)

La Complejidad del Cuidado: Tejiendo Fenómenos Sociales

El análisis de la realidad del cuidado, conlleva una mirada multidimensional ya que articula diversos fenómenos sociales, sanitarios y biológicos que se entremezclan e interactúan para comprender la complejidad de las realidades del “Cuidado” y por ende las realidades de las cuidadoras y cuidadores, en el marco de este programa se tienen en cuenta las interacciones entre envejecimiento, enfermedades crónicas y discapacidad.

Envejecimiento

En los últimos 25 años en las Asambleas Mundiales sobre el Envejecimiento (Naciones Unidas, 1982) se ha insistido en la necesidad de dar una mirada a la repercusiones del envejecimiento de la población en las próximas décadas. En la segunda Asamblea se declaró que el envejecimiento actual no tiene precedentes en la historia de la humanidad, respondiendo al aumento continuo de la población mayor (60 años y más) durante todo el siglo XX, tendencia que continúa en el presente siglo. Para 2050, por primera vez en la historia la población mayor superará a la cantidad de jóvenes; este aumento tendrá efectos en las dinámicas internas de las familias, la igualdad entre generaciones, estilos de vida, la solidaridad familiar, como base de la sociedad. Así mismo, se evidenciarán cambios en los sistemas de servicios sociales y sanitarios, patrones de enfermedad, las condiciones de salud y atención sanitaria.

La “Política Nacional de Envejecimiento y Vejez” (Ministerio de la Protección Social 2007-2019), refiere al rápido envejecimiento de la población en los países en desarrollo acompañado de cambios estructurales fundamentales relacionadas con modificaciones en la composición familiar, patrones de trabajo, movilidad generacional, aumento de procesos de urbanización y en el mayor ingreso de las personas al mercado laboral.

En coincidencia con las Naciones Unidas, el envejecimiento determina cambios en

los patrones de enfermedad, y en países en desarrollo coinciden las luchas por las enfermedades infecciosas (responsables de altas tasas de mortalidad), y las crónicas (generadoras de discapacidad y deterioro en la calidad de vida); constituyéndose en una doble problemática o carga de enfermedad que repercute en las condiciones económicas y financieras de la sociedad.

Por su parte, el fenómeno del envejecimiento de la población trae consigo aumento progresivo de la morbilidad por enfermedades crónicas y degenerativas que con frecuencia generan situaciones de cuidado; es importante considerar que es la enfermedad y no la edad la causa de dependencia, y por ende la necesidad de cuidado.

Es importante, tener en cuenta que se combinan adicionalmente el aumento de la esperanza de vida¹, la disminución de la fecundidad, la disminución de la morbilidad adulta, condiciones combinadas que tienen como consecuencia el aumento de la población de 60 años y más. En este sentido, alrededor del 22% de la personas mayores de 65 años requerirán de un cuidador que los acompañe en el desarrollo de sus actividades de la vida diaria, siendo principalmente un miembro de la familia quien asume el rol de cuidador informal. Así mismo, es importante tener en cuenta que el envejecimiento en “Latinoamérica y el Caribe, se conjuga con un contexto de desigualdad social, desigualdad en salud, desarrollo institucional débil, sistemas de protección social con coberturas y calidad bajas, así como una sobrecarga familiar, se está haciendo responsable de los vacíos derivados de la exigua presencia de otras instituciones sociales como dispositivos de protección y cohesión”(Huenchuan, S. 2009).

Por tanto, la transición demográfica “Ola plateada”, el aumento de mujeres y hombres mayores se correlaciona con el aumento de la necesidad de cuidado familiar en nuestros contextos especialmente en aquellos donde predominan poblaciones históricamente determinadas por condiciones de vulnerabilidad (etnia, género, edad, ruralidad, condición socioeconómica) como los que se encuentran en Latinoamérica y el Caribe. En este contexto, donde la dependencia y las situaciones de discapacidad tienen una presencia en aumento, el cuidado se hace cada vez más presente en las realidades familiares.²

¹ En Colombia la esperanza de vida es 75 años, pasando de 50,6 años a 72,2 entre 1950 y 2005 (Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010) con proyección de la tendencia de la esperanza de vida al nacer que pase a 76,2 en los años 2015-2020 para ambos sexos, lo que equivale a una ganancia media anual de 0,18 años.

² De la Cuesta Benjumea C, 2009; plantea que en Europa, poco más de los tercios del cuidado recae en la familia, siendo la principal fuente de cuidados y como protagonistas predominan las mujeres.

Enfermedades Crónicas

Debido a la transición epidemiológica, actualmente las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son la principal causa de muerte y discapacidad en la mayoría de regiones del mundo, y especialmente en la región de Latinoamérica y el Caribe (OPS). Las ECNT generan condiciones de dependencia y situaciones de discapacidad; generando realidades familiares donde cada vez más personas desarrollan acciones de cuidado de un familiar. La prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles como la artritis, diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer en personas mayores impacta negativamente la calidad de vida de estos hombres y mujeres, y en razón de la necesidad y realidad de cuidado impactará la calidad de vida de la familia.

En este sentido, al aumentar las ECNT se aumentan las demandas sobre servicios sanitarios permanentes, servicios de salud especializados y posibles institucionalizaciones, esto se relaciona directamente con el envejecimiento de la población, aumentando el riesgo de discapacidad de este colectivo social (Otero A, Zunzunegui MV, 2004)

Así mismo, el envejecimiento evidencia deterioro cognitivo y disminución de autonomía en la población mayor, lo que hace necesario el “cuidado” por tanto de la presencia continua de cuidadores, que como hemos mencionado anteriormente, en su mayoría son mujeres de la familia. En el contexto colombiano estos factores adicionalmente interactúan con las condiciones de desigualdad social, educativa, laboral y territorial que complejizan la realidad de las cuidadoras, cuidadores y de quienes reciben el cuidado.

Diversidades y Discapacidades

Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud plantean que cerca de mil millones de personas mayores de 15 años experimenta situaciones de discapacidad, un 15% de la población mundial, y para los países de menores ingresos como Colombia se estima que corresponde al 20%. (OMS, 2011). No obstante, en 2015 el Ministerio de Protección Social y Salud de Colombia reportó un estimado basado en esta cifra de 3'051.217 personas con discapacidad (6,3%)³, del cual solo cuenta con Registro de

³ Como estimación del Banco Interamericano de Desarrollo.

Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) de 1'178.703 personas, es decir el 2,45%⁴.

De acuerdo al Censo del año 2005, se presentó mayor discapacidad en hombres (6.6%) que en mujeres (6.2%); según resultados de la Encuesta Nacional de Demografía (ENDS 2010) cerca del 7 por ciento del total de la población vive alguna discapacidad, prevalece la discapacidad para moverse y/o caminar con 3% de ese total, cuya discapacidad se va incrementando con la edad y es más frecuente entre los mayores de 50 años; entre los menores porcentajes se reporta el no poder cuidarse a sí mismo representando menos del 1 por ciento que es más frecuente entre las personas de 65 años y más (OMS, 2010). En reporte del Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE-, sobre el número de limitaciones por persona “el 71.2% presentan una limitación, el 14.5% dos limitaciones, el 5.7% tres limitaciones y el 8.7% más de tres limitaciones permanentes. (DANE, 2005).

Según el DANE, en 2005 los porcentajes según la limitación del total de las personas que reportaron algún impedimento físico tienen: limitaciones para ver, a pesar del uso continuo de lentes o gafas (43.5%); limitaciones para moverse o caminar (29.3%); para oír aún con aparatos especiales (17.3%); para usar manos y brazos (14.7%); para hablar (12.9%); para entender o aprender (12%); para relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales (9.8%); para bañarse, vestirse o alimentarse por sí mismo (9.4%) y 18.8 por ciento presentan otra limitación.

De este grupo caracterizado por el RLCPD, 2010, el 33% tenían 60 años o más, el 47,1% correspondía a mujeres y hombres entre 20 y 59 años, y el 19,8% entre 0 y 19 años; en relación a otros marcadores de diferencia el 41% se reportó pertenencia étnica⁵. Frente a características que se pueden relacionar con la necesidad de cuidador/a, el 94% vive acompañado, y sólo el 0,42% reporta que no tienen ninguna dificultad en actividades de la vida diaria. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Podemos identificar que la población que requiere de un cuidador o cuidadora representa a más de un millón de personas, y evidentemente es mayor reconociendo las dificultades de subregistro en el sistema de información del país.

Por tanto, estos fenómenos sociales la discapacidad y la morbilidad de enfermedades crónicas en la población mayor, plantea una realidad de aumento

⁴ En Colombia, el último Censo Poblacional se desarrollo en el año 2005, por lo cual los sistemas de información disponibles presentan una gran limitación frente a la actualización de la información.

⁵ Pertenecía a una etnia: indígena, negro, mulato, afrocolombiana, palenquero, raizal, rom-gitano, poblaciones que en el contexto colombiano experimentan mayores condiciones de desigualdad social.

progresivo de cuidadoras y cuidadores. Por ejemplo, en Estados Unidos, en 2009, se estimaba que 65,7 millones de personas eran cuidadoras familiares sin remuneración de adultos o niños, así mismo el 31,2% de los hogares reportaron que al menos un miembro de la familia en los últimos 12 meses había sido cuidador familiar no remunerado. (National Alliance for Caregiving, 2009).

Esta realidad hace relevante el desarrollo de este programa en relación a crear y diseñar alternativas para propiciar escenarios y realidades para el cuidado, y por ende de estrategias que propicien escenarios para el cuidado de quienes cuidan.

1. 2 REFERENTES NORMATIVOS

Las reflexiones sobre las políticas y el Cuidado en América Latina, desde Naciones Unidas-CEPAL (2015), plantea que el impacto de las Conferencias Mundiales sobre la Mujer y los consensos regionales aprobados por los gobiernos en la última década son una expresión de los cambios realizados en los países que incluyen reformas constitucionales⁶, cambios legislativos, encuestas de uso del tiempo, cuentas satélite de hogares y finalmente, el diseño de sistemas de cuidado.

Al respecto, en 2015 se encontraban 9 países que han suscrito el Convenio 156 de OIT sobre trabajadores y trabajadoras con responsabilidades familiares, siendo dentro de las políticas de cuidado⁷. Como resultado de la Undécima Conferencia Regional sobre la Mujer y Consenso de Brasilia (2010): los gobiernos se comprometen a “adoptar todas las medidas de política social y económica necesarias para avanzar en la valorización social y el reconocimiento del valor económico del trabajo no remunerado prestado por las mujeres en la esfera doméstica y del cuidado”. (Karina Batthyány, 2015)

CEPAL plantea que si bien se han evidenciado avances hacia una mayor igualdad en materia de cuidado estos son de carácter jurídico y normativo; no obstante si bien no se advierten aún cambios sistémicos sustanciales, en algunos países la consolidación de sistemas nacionales o de redes de servicios de cuidado comienza a formar parte de la agenda de políticas, integrando en el debate el “cuidado” como uno de los pilares sobre protección social.

Plantean sobre las características de las acciones adelantadas:

“Los servicios de cuidado generalmente tienen baja cobertura y, sobre todo, operan en el marco de una débil institucionalidad. Como esta dimensión tradicionalmente no ha constituido un eje de las políticas públicas, los programas que cumplen funciones que le son ajenas están generalmente subsumidos bajo otras racionalidades. En muchos casos los programas nacionales que directa o indirectamente aluden a los cuidados están enmarcados en programas de lucha contra la pobreza o de asistencia social a familias o personas pobres o vulnerables”. (Karina Batthyány, 2015).

⁶ Estado Plurinacional de Bolivia, el Ecuador y la República Bolivariana de Venezuela.

⁷ Categorías de Políticas sobre Cuidado desarrollada por Naciones Unidas-CEPAL, 2015: Legislación Licencia Maternidad, Legislación, Madres Lactantes, Licencia paternidad, Leyes de discapacidad, Legislación sobre trabajo doméstico, Convenio 156 OIT Sobre los trabajadores con responsabilidades familiares. CEPAL, Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Véase [en línea] <http://www.ilo.org/ilolex/spanish/index.htm>.

Las Políticas Públicas: Cuidado y Envejecimiento

La Constitución Política de Colombia (1991), establece que el Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas adultas mayores y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria, al tiempo que se considera deber del Estado garantizar los servicios de seguridad social integral a todos los ciudadanos.

En relación a este elemento constitucional se desarrolló el documento CONPES 2793 de 1995, sobre Envejecimiento y Vejez, que desarrolló los lineamientos de política sobre la atención al envejecimiento y a la vejez de la población colombiana, no obstante y como históricamente ha sucedido con este tipo de documentos CONPES en el país, no logró articular a los distintos actores sociales en un plan de acción que pusiera en práctica los lineamientos propuestos y adecuara normativa e institucionalmente al país.

En 1992, se aprobó la “Proclamación sobre el Envejecimiento”, en la cual se estableció la orientación general del Plan de Acción Mundial y se proclamó 1999 como el Año Internacional de las Personas de Edad. En 1999, la Asamblea General sobre envejecimiento, en seguimiento del Año Internacional de las Personas de Edad, adoptó dos documentos que sintetizaban las políticas para facilitar la transición hacia una sociedad más tolerante: “Marco de Políticas para una Sociedad para todas las Edades” y “Programa de Investigación para el Envejecimiento en el siglo XXI”.

En 2002, se desarrolló la “Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento”, en Madrid, en esta los países adoptaron el Plan Internacional de Acción 2002, donde se presenta la tendencia del envejecimiento global como un “logro” histórico y no como un problema, como un “enorme potencial” y no como una “carga”; visión que reflejada en el manejo de las economías así como en la organización de las sociedades, redundaría positivamente en las personas de edad.

En Colombia, la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2019, está dirigida a toda la población residente y en especial, a los mayores de 60 años, hace énfasis en aquellos en condiciones de vulnerabilidad social, económica y de género; que articula a todos los estamentos del gobierno y la sociedad civil en un propósito común: visibilizar e intervenir la situación del envejecimiento y la vejez en el período.

Se constituye en el primer referente normativo que reconoce el potencial de las personas mayores para contribuir al desarrollo de la sociedad y establece incluir el envejecimiento en todas las políticas de desarrollo social y económico, especialmente en

los programas de reducción de la pobreza. Los temas del Plan contemplan: 1) Las personas mayores y el desarrollo, 2) La prolongación de la salud y el bienestar hasta la tercera edad, y 3) los entornos favorables y solidarios. Sin embargo no se ha definido una política para cuidadores de personas ancianas. Estos esfuerzos se complementaron al suscribir la Estrategia Regional sobre Envejecimiento, desarrollada en la Conferencia Regional Intergubernamental (Chile, 2003), de estos escenarios se estableció el compromiso de construcción de una política de forma colectiva con la participación de los sectores públicos y privados; no obstante en el país aún no se ha construido una política para cuidadores, entendiendo la dinámica del cuidado en relación al envejecimiento.

La Política Nacional de Envejecimiento y Vejez⁸ está dirigida a toda la población mayor de 60 años, en condiciones de vulnerabilidad social, económica y de género, como política de Estado, se asume como concertada, que articula a todos los estamentos del gobierno y la sociedad civil en un propósito común: visibilizar e intervenir la situación del envejecimiento y la vejez en el periodo 2007-2019. Reconoce entre otros aspectos:

1. La heterogeneidad del país, las condiciones de desarrollo social, la pluralidad étnica y las diferencias de género, así como la diversidad cultural y territorial.
2. A la familia como la unidad básica de la sociedad, que desempeña una función fundamental en el desarrollo social y que como tal, debe ser fortalecida, prestándose atención a los derechos, las capacidades y vulnerabilidades y obligaciones de sus integrantes, en torno a la autoprotección y a la de sus miembros, en especial a las personas mayores.
3. La necesidad de crear entornos económico, político, social, cultural, espiritual y jurídicos, favorables para mejorar las condiciones de vida y lograr un mayor grado de bienestar de la población, garantizando un envejecimiento activo.
4. La necesidad de asumir la promoción del envejecimiento activo o exitoso como estrategia con visión de largo plazo y trabajar en una política renovadora y enriquecedora de extensión del ciclo vital, es decir, trascender la visión del envejecimiento como problema.
5. Las limitaciones del Sistema Integral de Información del país para evidenciar la situación de envejecimiento y vejez y la necesidad de desarrollar un sistema de

⁸ Objetivos Generales: a) Incidir de manera activa, a nivel intersectorial y territorial sobre las condiciones de desarrollo social, económico y cultural de los individuos, la familia y la sociedad, como medio para propiciar que los viejos de hoy y del futuro alcancen una vejez digna, saludable e integrada, dentro del marco de la promoción, prevención y restitución de los derechos humanos. b) Crear condiciones para el envejecimiento de la población, entendido como el derecho de toda la población a una vida digna, larga y saludable, reconociendo la trascendencia de la corresponsabilidad individual, familiar y social en este proceso. (Ministerio de la Protección Social, 2007)

información sobre envejecimiento de la población integrado al SIISPRO (Sistema Integral de Información de la Protección Social).

6. Reconoce la necesidad de generar indicadores sobre la situación de la vejez y el envejecimiento en el país para apoyar la gestión de políticas públicas.
7. La necesidad de poner en la agenda pública la vejez y el envejecimiento como temas prioritarios para la gestión pública y privada, de la cooperación técnica internacional, de las ONG, de la sociedad civil y de todos los estamentos del Estado.
8. La necesidad de fomentar y consolidar organizaciones, redes de apoyo y redes de protección social formales e informales, que generen tejido social, así como dinámicas para el ejercicio de los derechos y la transformación del imaginario de la vejez.
9. La Atención Primaria en Salud como una estrategia pertinente, altamente eficiente y eficaz, para garantizar condiciones de acceso, oportunidad, calidad y longitudinalidad en la prestación de servicios de salud. (Ministerio de la Protección Social, 2007)

Desde el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, Todos por Un Nuevo País, se plantea consolidar la cobertura y el portafolio de servicios de atención al adulto mayor desprotegido. El Ministerio del Trabajo consolidará la cobertura del programa Colombia Mayor (Bono económico), para lo cual mejorará los aspectos logísticos y operativos necesarios, en coordinación con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. De manera adicional, y en coordinación con otras entidades que tengan competencias en el tema, promoverá el acceso a otros servicios como alimentación y cuidado para esta población (Subrayado fuera de texto) (Departamento Nacional de Planeación, 2014). Siendo lo subrayado la única mención frente al cuidado, y siendo excesivamente somera frente a la especificidad de las acciones y su alcance, y sin mención de quienes desarrollan en rol del cuidado.

Hasta este momento, se ha evidenciado avances en el desarrollo de políticas frente al envejecimiento, más no en relación al cuidado y los cuidadores. No obstante, si bien el abordaje desde la dignidad humana, garantía de necesidades básicas insatisfechas, priorización de acciones hacia las personas mayores, no ha logrado trascender lo establecido en la normatividad y en las acciones de los ministerios, ya que en muchos de los municipios no se da cumplimiento a lo establecido en la normativa o al solo direccionar algunas de las metas propuestas, y no realizar un abordaje total e integral, estas dificultades en el cumplimiento de la normativa y por ende de las acciones

gubernamentales; agrava y complejiza aún más la realidad del cuidado, al ser evidente un aumento en la carga sobre el cuidador familiar que cuenta con menos ingresos, servicios y capacidades, a medida que los fenómenos de ECNT y discapacidad aumentan.

Las Políticas Públicas: Cuidado y Enfermedades Crónicas

La transición epidemiológica es una de las situaciones que ha alertado a la OMS, ya que las ECNT constituyen una problemática compleja de salud que requiere una gerencia permanente y profunda por varios años o décadas. La OMS reitera la necesidad de priorizar la atención en el desarrollo de los profesionales de la salud del siglo XXI, entendiendo que en este marco se proporcionará y garantizará a las mujeres y hombres con ECNT una participación activa –en lugar de ser receptores pasivos– en todos los aspectos y niveles del sistema sanitario, entre ellos el modo en que se desarrollan los centros de atención de salud, métodos diagnósticos y terapéuticos y, como pilar, la forma en que los profesionales de la salud colaboran con sus pacientes para gestionar conjuntamente, día a día, su salud. (OMS, 2015)

Por su parte en 2010, la Conferencia Ministerial: Planteamientos Innovadores para las Enfermedades Crónicas en los Sistemas de Salud Pública y de Atención Sanitaria, planteó a los Estados miembros a priorizar los siguientes aspectos:

1. Atención Sanitaria: a determinar y compartir buenas prácticas sobre el modo de posibilitar que pacientes con enfermedades crónicas maximicen su autonomía y calidad de vida; unas intervenciones anticipadas tempranas y dinámicas; la prevención secundaria; la asequibilidad y el acceso a los cuidados para enfermedades crónicas; la aplicación de modelos de cuidados crónicos innovadores, especialmente en la atención sanitaria primaria y comunitaria, y las maneras de reducir desigualdades sanitarias en este ámbito.

2. Investigación de Enfermedades Crónicas: basar la aplicación de la prevención, las intervenciones y los cuidados tempranos en el conocimiento científico existente de las enfermedades crónicas para mejorar las estrategias, las tecnologías y el apoyo a un envejecimiento activo y sano. (Consejo de la Unión Europea, 2011)

En Colombia existen políticas relacionadas con los estados de cronicidad, como:

Ley 1164 del 2007 encaminada a garantizar un estándar alto de calidad de vida a las personas que padecen situaciones de enfermedad crónica; incluye la planeación de procesos de promoción, educación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de las enfermedades crónicas. De acuerdo a la establecido en ella, el Estado apoyará a las instituciones que presten servicios que propendan en la población más vulnerable o con debilidades diagnosticadas a partir del padecimiento de dichas enfermedades. Se crean los comités de culturas médicas tradicionales, medicinas y terapias alternativas que de manera efectiva complementan el tratamiento con el fin de posibilitar la mejoría en las actividades de la vida diaria.

Por otra parte, el artículo 33 de la Ley 1122 del 2007 propende por la mejora de las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida; busca reducir la carga de enfermedad crónica teniendo en cuenta en los factores de riesgo no modificables y las cargas por deterioro progresivo de la población como consecuencia del avance de la enfermedad crónica. Se identifican como categorías de interpretación de la problemática: a) enfoque poblacional: valorar a la población que requiere modificaciones de riesgos de morbilidad, cronicidad y discapacidad; b) enfoque determinantes: relacionado con los servicios de salud a los que deben acceder los individuos con estados de cronicidad avanzados sin que se vea afectada su situación económica; c) enfoque de gestión social de riesgos: propende por el control de riesgos predecibles y modificables de las personas ECNT. Como principios la Ley establece: equidad, calidad, eficiencia y responsabilidad, gracias al respeto por la diversidad cultural y ética, participación social de acuerdo con las necesidades sentidas del grupo poblacional, intersectorialidad con la adecuada articulación de las metas trazadas en salud.

Por su parte, el Decreto 16 de 2012, Plan de Salud Pública que provee de manera integral las acciones de salud individual y colectiva con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población con ECNT. Establece como prioritarias a los colectivos más vulnerables, entre ellos personas con discapacidad, en estados socioeconómicos bajos, con enfermedad degenerativa de larga data, tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado. En este orden de ideas, si bien existen normatividad que promueve acciones desde salud pública para favorecer la calidad de vida de las personas ECNT, en consonancia con los compromisos internacionales, en los territorios, en la práctica en el sistema general de seguridad social de salud no hay programas o acciones concretas y garantizadas a toda la población, que articulen el trabajo interdisciplinar en torno al

cuidado y la salud y calidad de vida de los cuidadores.

Desde el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, Todos por Un Nuevo País, se plantea *generar hábitos de vida saludable y mitigar la pérdida de años de vida saludable por condiciones no transmisibles; donde la promoción de los entornos para los estilos, modos y condiciones de vida saludable, se constituye en un medio para reposicionar al sector de la salud como generador de bienestar y no solo como proveedor de servicios para el tratamiento la enfermedad. Lo anterior a partir de intervenciones poblacionales, que modifiquen el contexto y generen espacios, bienes y servicios, en pro de una cultura que proteja la salud.*

En este sentido, se promoverá: 1) la ampliación de la Estrategia 4x4 para los entornos saludables, incluyendo la salud mental y la salud oral visual y auditiva; 2) la promoción de ciudades, entornos urbanos y rurales saludables a partir de la articulación de la estrategia en los diversos instrumentos de política pública con la que cuentan los territorios; 3) el desarrollo de nuevos y más efectivos instrumentos de política pública intersectorial, para la transformación positiva de los entornos, las ciudades y la ruralidad; 4) la identificación de condiciones y riesgos para planear las intervenciones y garantizar la atención integral con enfoque de curso de vida y envejecimiento activo; 5) la implementación de planes tácticos para la gestión de plataformas sociales y científicas en salud mental; y, 6) el desarrollo de instrumentos de cooperación con carácter vinculante, en diferentes instancias nacionales e internacionales. (Subrayado fuera de texto) (Departamento Nacional de Planeación, 2014)

Las Políticas Públicas: Cuidado y Discapacidad

La Constitución Política Nacional de 1991, contempla en varios de sus artículos la protección, atención, apoyo e integración social de las personas con discapacidad (13, 47, 54 y 68), reconoce derechos fundamentales, sociales, económicos y culturales, que son de carácter universal y que cubren a personas que tienen algún tipo de limitación o discapacidad (25, 48, 49, 52, 67, 70 y 366) (Constitución Política de Colombia, 1991).

Si bien en Colombia no existe una política específica sobre el cuidado o cuidadores. Los avances se han desarrollado en el marco de la discapacidad desde lo político son significativos y se visibilizan especialmente en lo legal y en el desarrollo de acciones incluyentes en poblaciones vulnerables, entre ellas las Personas en Situación de

Discapacidad (en adelante PSD).

El Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018, Todos por un Nuevo País, plantea que *las políticas públicas deben orientarse hacia la inclusión, la promoción social y la construcción de escenarios con igualdad de oportunidades, con una mirada multisectorial, que atienda las necesidades de la población de forma integral y coordinada. El objetivo de cierre de brechas poblacionales y territoriales (urbanas- rurales, e interregionales) a través del Gasto Público focalizado, permitirá alcanzar la meta de la erradicación de la pobreza extrema en 2024.*

Bajo el enfoque poblacional, se fortalecerá la Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social, que busca cambiar de una visión asistencialista a políticas de desarrollo humano con un enfoque de derechos. Este enfoque permite el acceso a bienes y servicios para las personas con discapacidad, con criterios de pertinencia, calidad y disponibilidad; respeto por la diferencia y su aceptación como parte de la diversidad; accesibilidad; igualdad de oportunidades, y eliminación de practicas que conlleven a la marginación y segregación de cualquier tipo.

El Plan de Desarrollo para Bogotá D.C. 2012-2016 “Bogotá Humana” tuvo como propósito el desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas, uno de sus principales características es el énfasis que hace en la identificación de los factores prioritarios de intervención, que permitan remover condiciones de segregación e inequidad relacionados con las capacidades de las personas, la persistencia de situaciones de exclusión y riesgos ambientales y la apuesta por el fortalecimiento de la gestión pública para orientar y apoyar las aspiraciones colectivas de las ciudadanías bogotanas.

Artículo 3. Ejes estratégicos: De los tres ejes que conforman el plan, se destaca: “el de una ciudad que reduce la segregación y la discriminación”, ubicando a los seres humanos como referente para el desarrollo, y por ende en el foco de las acciones para su transformación. Este eje tuvo como objetivo: “reducir las condiciones sociales, económicas y culturales que están en la base de la segregación económica, social, espacial y cultural de la ciudadanía bogotana, que contribuyen a la persistencia de las condiciones de desigualdad o que dan lugar a procesos de discriminación. Se trata de remover barreras tangibles e intangibles que le impiden a las personas aumentar sus opciones en la elección de su proyecto de vida, de manera que estas accedan a las dotaciones y capacidades que les permitan gozar de condiciones de vida que superen ampliamente los niveles de subsistencia básica, independientemente de su identidad de

género, orientación sexual, condición étnica, de ciclo vital, condición de discapacidad, o de sus preferencias políticas, religiosas, culturales o estéticas. Siendo el desarrollo el eje central de trabajo, se planteaban para tal fin tres enfoques transversales como fundamento para su garantía:

a. Enfoque Diferencial y de Respeto: buscará que en Bogotá se reduzcan todas las formas de segregación social, económicas, espaciales y culturales, por medio del aumento de las capacidades de la población para el goce efectivo de los derechos, del acceso equitativo al disfrute de la ciudad, del apoyo al desarrollo de la economía popular, así como también buscará aliviar la carga del gasto de los sectores más pobres y la promoción de políticas de defensa y protección de los derechos humanos de los ciudadanos y las ciudadanas.

b. Enfoque de Ecourbanismo: superar el modelo de ciudad depredador del medio ambiente. Se dará prioridad a la atención de los conflictos sociales y ambientales de los asentamientos informales en zonas de riesgo, combinando reasentamiento y adecuación.

c. Enfoque Ambiental y Humano: Se pretende construir un sistema de movilidad que promueva que las necesidades básicas de movilidad y acceso de las personas al transporte en la ciudad se cumplan de manera segura y eficiente, consistente con la salud humana y el ecosistema, atendiendo las necesidades diferenciales de hombres y mujeres en los niveles generacional y de discapacidad.

La Ley 361 de 1997, establece los mecanismos de integración social de las personas con limitación. En esta se manifiesta como las ramas del poder público pondrán a disposición todos los recursos necesarios para el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas con limitaciones severas y profundas, siendo obligación ineludible del Estado la prevención, los cuidados médicos y psicológicos, la habilitación y la rehabilitación adecuadas, la educación apropiada, la orientación y la integración laboral.

Como lo manifiesta Bejarano (2012) *“la responsabilidad del Estado es parcial, puesto que, según la Ley de Discapacidad: los servicios de orientación familiar, tendrán como objetivo informar y capacitar a las familias, así como entrenarlas para atender la estimulación de aquellos de sus miembros que padezcan algún tipo de limitación, con miras a lograr la normalización de su entorno familiar como uno de los elementos preponderantes de su formación integral (Artículo 36). Sin embargo, en la actualidad aún en las áreas rurales no se percibe este aporte en su totalidad por lo que se genera mayor desgaste en el cuidador familiar de la persona anciana en situación de discapacidad y*

pobreza”.

Por su parte, la Ley 1145 de 2007: busca impulsar la formulación e implementación de la política pública en discapacidad, en forma coordinada entre las entidades públicas del orden nacional, regional y local, las organizaciones de personas con y en situación de discapacidad y la sociedad civil, con el fin de promocionar y garantizar sus derechos fundamentales, en el marco de los derechos humanos. Contempla la participación de las personas con discapacidad de intervenir en la toma de decisiones, planificación, ejecución y control de las acciones que los involucran.

El Decreto 470 de 2007, establece la Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital, orientada hacia la búsqueda del desarrollo humano, social y sostenible de las personas con discapacidad, sus familias, cuidadoras y cuidadores. Desde el enfoque de derechos humanos y entre sus principios la corresponsabilidad social, entendida como la dinámica en la que tanto las instituciones Distritales gubernamentales como la Sociedad Civil y todas aquellas personas involucradas en el tema de la discapacidad, deben participar y asumir compromisos para la gestión y desarrollo de la presente Política Pública y de las acciones que de ella se desprendan.

En Bogotá, el Proyecto 721: Atención Integral a la persona con discapacidad, su Familia, Cuidadores y Cuidadoras: Cerrando Brechas, propuesto para atender integralmente a las Personas con Discapacidad, sus familias y sus cuidadores y cuidadoras, en los territorios, a través de la articulación de actores, servicios y recursos para promover el desarrollo humano y contribuir con el ejercicio de sus derechos y sus deberes, con un enfoque diferencial, de corresponsabilidad y durante todo el transcurrir vital.

Entendiendo la familia, como unidad de tejido social a fortalecerse, en armonización con el plan de desarrollo Bogotá Humana en que la familia de la persona con discapacidad se define desde la política pública de familia como: “Organizaciones sociales, construidas históricamente; constituidas por personas que se reconocen y son reconocidas en la diversidad de sus estructuras, arreglos, formas, relaciones, roles y subjetividades; están conformadas por grupos de dos o más personas de diferente o del mismo sexo, con hijos o sin ellos, unidas por una relación de parentesco por consanguinidad, afinidad, adopción o por afecto. Establecen vínculos de apoyo emocional, económico, de cuidado o de afecto, y comparten domicilio o residencia o lugar de habitación de manera habitual y son Sujetos Colectivos de Derechos”. (Citado por SDIS, 2013).

Hasta este momento, hemos podido establecer que los referentes normativos más cercanos al “cuidado” fundamentan las acciones en relación al fenómeno de la discapacidad, y desde allí como respuesta a la normatividad existente nacional y distrital⁹ y como experiencia representativa sobre con cuidadoras y cuidadores, Bogotá se establece como referente gubernamental frente al cuidado y el cuidado de los cuidadores y cuidadoras, entre 2008 y 2012 se desarrollaron en el Distrito Capital los Centros Respiro¹⁰, durante la siguiente administración (2012-2014) en coherencia con el Plan de Desarrollo y la Política Pública de Discapacidad para el Distrito PPDD estos se transformaron en uno de los servicios del Proyecto 721^{11,12} (Mena-Bejarano, B, 2015). No obstante, en razón de los vaivenes de las administraciones en la actual administración este programa ha perdido su intersectorialidad, y se encuentra en transición.

Por su parte, en Cundinamarca el programa de discapacidad, desde la Secretaría de Desarrollo Social de Cundinamarca, en el marco del Plan de Desarrollo Departamental “Unidos Podemos Más”, se presentan como aspectos que van a permitir mejorar el apoyo y la atención a las Personas con discapacidad:

1. Desarrollar en los 116 municipios el programa de sensibilización "Cundinamarca Hábil".
2. Implementar el sistema virtual "ABANICO DE OPORTUNIDADES", como un espacio de oferta laboral para las personas con discapacidad.
3. Beneficiar a 2.000 cuidadores o personas con discapacidad con subsidio monetario en el programa "Cuídame siendo feliz".
4. Dotar 45 Centros de Vida Sensorial para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.
5. Beneficiar a 1.000 personas con discapacidad con ayudas técnicas mediante

⁹ Normativas: Plan de Desarrollo Nacional. Plan Distrital de Desarrollo 2008 – 2012, Plan de Desarrollo Bogotá Humana 2012 – 2014. Ley 361 de 1997, Ley 1145 de 2007. Decreto 470 de 2007. Proyecto 721- Bogotá Humana.

¹⁰ Cuyo propósito era expresado así: “promover en las familias, cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad, la resignificación de proyecto de vida, la inclusión el reconocimiento y el respeto social, a través de la identificación y potenciación de habilidades, destrezas y competencias para el ejercicio pleno de sus derechos y el mejoramiento de su calidad de vida” (Secretaría Distrital de Integración Social, 2010).

¹¹ El cual se busca dar una respuesta integral a las personas con discapacidad, su familia, cuidadores y cuidadoras a través de la estructuración de Planes de Atención Integral que agrupen la respuesta institucional que necesita la persona, su familia y sus cuidadores y cuidadoras.

¹² Durante estas administraciones distritales, el tema de Familia y Discapacidad cobró más importancia frente a las cifras cada vez más crecientes que relacionaban al cuidador o cuidadora con la Sd:, “del total de la población del distrito, el 5% de la misma correspondía a población con discapacidad, de las cuales el 33% de las personas requieren de ayuda permanente de otra persona, es decir su familia cuidadora o cuidador, para el desarrollo de sus actividades de la vida diaria”. Departamento administrativo nacional de estadística –DANE - dirección de censos y demografía grupo de censos y proyectos especiales Ministerio de Educación Nacional- Resultados implementación del registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad Bogotá 2008.

alianzas estratégicas.

6. Promocionar en los 116 municipios del departamento la implementación de los manuales de accesibilidad y planes integrales de accesibilidad.

No obstante, no se identifican acciones dirigidas para las mujeres y hombres que cuidan, coincidiendo esto con lo identificado en los tres grupos normativos, las y los cuidadores aún no son visibles.

2. DESCRIPCIÓN DE PROBLEMÁTICA

Para Hernández-Bello, cuidar es una actividad humana central para la conservación de la vida que sigue siendo una responsabilidad impuesta a las mujeres en la vida cotidiana fundamentada en los aspectos relacionales, afectivos, y morales del cuidado derivadas de los significados cotidianos otorgados a la enfermedad, la fragilidad, la dependencia, la discapacidad o la tercera edad. Comprendido como una actividad clave para el funcionamiento social, el cuidado sigue siendo trabajo no remunerado que ocurre en el ámbito familiar y que demanda una enorme dedicación de tiempo y de esfuerzo para quien procura los cuidados. (Amparo Hernández, 2015).

Cuidado: Vivencia de lo Femenino

“El papel del cuidador históricamente se ha asumido por el grupo familiar y generalmente por la mujer, considerándose el cuidar como una característica de la mujer, en otras palabras a naturalizar el cuidado en ella, ésta es una y quizá la principal razón por la cual en Colombia son escasas las políticas públicas que se ocupan de esta problemática”. (Mena-Bejarano, B, 2015)

En Colombia, desde los grupos de investigación principalmente en Enfermería y recientemente en Fisioterapia, se han desarrollado estudios sobre el perfil de los cuidadores (informales) en diferentes contextos y poblaciones para identificar los factores que afectan su salud con énfasis en cuidadores de mujeres y hombres con ECNT, donde se ha identificado que dentro de los cuidadores predominan las mujeres en edad productiva, de baja escolaridad, con alta dedicación en horas diarias y meses. (Carreño S, Chaparro-Díaz, L, 2016) (Barreto-Osorio R & Cols, 2015) (Cerquera-Córdoba A & Galvis M, 2014) (Arias-Rojas M & Cols, 2014) (Velásquez V, López L & Barreto Y, 2014) (Chaparro L, Barrera L, Vargas E & Carreño S, 2016)(Pinzón E & Carrillo, G 2016)

Así mismo, desde la Universidad Nacional de Colombia se desarrolló el programa Cuidando al Cuidador por el Grupo de Investigación Grupo de Cuidado al paciente crónico de la Facultad de Enfermería, el cual ha sido replicado en diferentes regiones y ciudades del país, este programa busca fortalecer las habilidades de cuidado contemplando tres categorías Conocimiento sobre el cuidado, Valor y Paciencia, de acuerdo con el Inventario de Habilidad de Cuidado de Ngozi Nkongho (2003). Por su parte, desde las experiencias del Grupo de Investigación Kinesiología, Salud y Desarrollo, en su línea de investigación Dis(capacidades), Inclusión y Desarrollo Humano, de la Facultad de Medicina, se han

desarrollado propuestas que incluyen elementos de reflexión desde la corporalidad y corporeidad del cuidado de quienes cuidan, las cuales quieren ser profundizadas y enriquecidas en este programa.

También, desde la Universidad Nacional de Colombia, el estudio de Gómez, Peñas y Parra (2016), reportó para Colombia sobre la población en situación de discapacidad que:

1. El 19,8% de las personas en situación de discapacidad reporta cuatro o más deficiencias, asociándose a necesidades de apoyo (cuidado) de un tercero para realizar las tareas de la vida cotidiana,
2. El 37,7% de la población registrada con discapacidad depende de un cuidador, quien generalmente es mujer (75,1%), del mismo hogar (83,7%) y sin remuneración. (Gómez-Galindo AM., Peñas-Felizzola, OL., Parra-Esquivel, EI., 2016) (Hernández, J, Hernández, I., 2005) (Velásquez, V., López, L., López, H., Cataño, N., Muñoz, E., 2011).

Para Carreño y Chaparro (2016), en Colombia, los estudios sobre cuidadores familiares, han identificado características que los vinculan:

1. Quienes son: mujeres en edad productiva, de baja escolaridad, con alta dedicación en horas diarias y meses.
2. Habilidades de cuidado: relacionado con el nivel de escolaridad del cuidador y la sobrecarga de su función, así mismo reportan niveles deficientes de habilidad de cuidado específicamente en relación a: paciencia para el cuidado, y pocos niveles de conocimientos formales sobre cuidado.
3. Intervenciones: programas psicopedagógicos y de seguimiento en casa para mejorar las destrezas, alivio de sobrecarga y fortalecimiento personal de los cuidadores.
4. Sobrecarga: si bien se han reportado niveles bajos o ausentes, plantea la necesidad de profundizar relacionados con: a) sexo del cuidador ya que no implica diferencias en las habilidades de cuidado y sobrecarga, b) relación entre la carga y el funcionamiento familiar del cuidador, así como el grado de satisfacción y el apoyo que recibe el cuidador, c) funcionalidad del paciente y dedicación en horas semanales, así como el componente de género de quienes cuidan. (Carreño, SP. y Chaparro-Díaz, L., 2016).

El análisis de las experiencias de cuidadores es complejo y debe responder a una perspectiva multidimensional (Jesús Rogero-García, 2010), entre los efectos negativos relacionados con la salud de los cuidadores se encuentran los emocionales, como la

pérdida de sensación de control y autonomía, depresión, estrés psicológico, estados de ánimo bajo, sentimiento de culpa y frustración. Estos se presentan por ejemplo por experimentar restricciones en el desarrollo de actividades personales, laborales y recreativas (De Oliveira, GR., Neto, JF., Camargo, SM., Lucchetti, AL., Espinha, DC., Lucchetti, G., 2015). Estas situaciones de estrés continuados pueden llevar al Síndrome de Burnout caracterizado por síntomas de agotamiento emocional, despersonalización en el trato e inadecuación con las tareas de cuidado.¹³

Desde el punto de vista de Redes Sociales, los roles de cuidado suelen confinar al cuidador la mayor parte del tiempo en el hogar, aumentando su dedicación a labores domésticas y reducción del tiempo destinado al ocio y tiempo libre limitando la posibilidad de establecer y mantener relaciones sociales, así mismo impacta la calidad de esas relaciones. Por su parte como efecto positivo, se ha identificado el aumento de la cohesión familiar.¹⁴

Entre los aspectos físicos que se afectan en los cuidadores, se han reportado mayores tasas de morbilidad que el resto de la población, así como experiencias de cansancio físico, deterioro de salud y escases de tiempo para actividades de autocuidado. Por su parte entre los efectos positivos en salud, se encuentran los psicosociales como: satisfacción por ayudar a otro, mayor seguridad en si mismo, fortalecimiento de relaciones y de empatía. (Jesús Rogero-García, 2010).¹⁵

Por su parte, en relación a aspectos económicos negativos¹⁶, se encuentran: a) costes directos adicionales relacionados con bienes y servicios para el cuidado (adaptación de la vivienda, ayudas técnicas, traslados y desplazamientos); lo que hace necesario la redistribución de los recursos disponibles, b) costes indirectos, como la reducción de productividad del cuidador en el mercado laboral¹⁷, mermando los recursos disponibles y menor la capacidad de ahorro. Si bien, en la literatura se plantean como

¹³ En Bogotá, el 80% reportaron manifestaciones de ansiedad (80%) y depresión (82%), 58,2 % reportó dificultades de concentración, asociada a estados de nerviosismo, tensión, preocupación e irritabilidad. (Gómez-Galindo AM., Peñas-Felizzola, OL., Parra-Esquivel, EI., 2016)

¹⁴ En Bogotá, el 66% reportaron no participar en actividades de socialización o pertenecer a grupos con fines de esparcimiento, el 20% asiste a actividades de tipo religioso o espiritual y solo el 11% comparte con su familia y amigos. El 60% reporto no pertenecer a organizaciones son colectivos sociales relacionados con el tema de discapacidad o dependencia. (Gómez-Galindo AM., Peñas-Felizzola, OL., Parra-Esquivel, EI., 2016)

¹⁵ En Bogotá, el 77% reportó problemas en su salud relacionados con su rol de cuidado, como cefalea, lumbalgias y alteraciones del sueño. (Gómez-Galindo AM., Peñas-Felizzola, OL., Parra-Esquivel, EI., 2016)

¹⁶ En Colombia, cifras sobre uso del tiempo y carga global de trabajo revelan que el tiempo que dedican las mujeres a las actividades domésticas y de cuidado no remuneradas, es casi el doble del tiempo invertido por los hombres, y a su vez el tiempo de trabajo remunerado es menor (DANE, 2013).

¹⁷ Por razones como: (a) el abandono del trabajo, (b) una reducción de las horas de trabajo pagado, (c) mayores dificultades para abandonar el desempleo, (d) un incremento del estrés o cansancio, o (e) mayores dificultades para realizar formación en horario extralaboral. (Jesús Rogero-García, 2010).

efectos económicos positivos las prestaciones monetarias públicas (Jesús Rogero-García, 2010), en el contexto colombiano estas prestaciones no existen.¹⁸

En este sentido, las y los cuidadores experimentan un conjunto de experiencias que deterioran su salud, aportan una sobrecarga emocional, física y social, lo que repercute en su calidad de vida como conjunto de factores intrínsecos (edad, género, estado civil, ingresos, nivel de educación, espiritualidad) y factores extrínsecos (horas de cuidado, relación con el beneficiario, apoyo social, habilidades de cuidado, formación para el cuidado, demanda de los cuidadores); estos factores y su interacción impactan de formas diversas a los cuidadores, por lo que se han diseñado desde diferentes profesiones y áreas de conocimientos estrategias y herramientas para caracterizar y evaluar la interacción de estos factores, así como acciones de intervención de cuidado de los cuidadores, en busca de incidir en los factores que impactan la calidad de vida de las cuidadoras y cuidadores.

De esta manera, si bien existen políticas dirigidas a poblaciones que requieren de cuidado (adultos mayores, Personas con discapacidad, personas con ECNT), que adicionalmente se encuentran entre los colectivos sociales con mayores vulneraciones y situaciones de desigualdad y pobreza, estas Políticas no se extienden a los cuidadores familiares o informales quienes soportan los efectos del cuidado.

De acuerdo con Bejarano-Hernández (2012), se observa *“una política proteccionista donde se ve poca esperanza y posibilidad de retribución de estos grupos a la sociedad, dada la pobreza, que no radica solo en la edad sino en las características individuales y generacionales transcurridas en la historia laboral y la acumulación de activos de las actuales (receptores del cuidado), influidos también por los cambios del sistema general de seguridad social, el empleo formal y los hábitos de consumo y ahorro”*.

Las acciones con la población cuidada, mujeres y hombres que cuidan, se han desarrollado principalmente en el marco de procesos de investigación y convenios interadministrativos; estas experiencias han permitido avanzar en la construcción de propuestas desde diferentes áreas de conocimiento (enfermería, fisioterapia, odontología, salud pública, trabajo social, psicología, entre otros) sobre el cuidado de quienes cuidan, así mismos han identificado la necesidad de profundizar, como lo plantea De la Cuesta Benjumea (2009):

¹⁸ En Bogotá, el 85% de los cuidadores identifican como actividades más restringidas por su rol de cuidador: trabajo remunerado, actividades de ocio, y relaciones sociales. El 92% no recibe compensación económica por su labor, a pesar de ser reportada como su principal ocupación, solo el 9% trabaja, y de ellos el 94% lo hace en el sector informal (ventas ambulantes de llamadas y productos al detal). (Gómez-Galindo AM., Peñas-Felizzola, OL., Parra-Esquivel, El., 2016).

1. En la comprensión del cuidado más allá del “realizar tareas”, que contemple aspectos comprensivos, ya que se ha hecho énfasis en el análisis de la carga del cuidado. (De la Cuesta Benjumea, 2009)
2. En la necesidad de fortalecer las políticas públicas para favorecer la resolución de problemas de las y los cuidadores, en términos del conocimiento y re-conocimiento de las políticas específicas, ejercicios de exigibilidad de derechos, procesos de empoderamiento, de tal forma que estas “políticas cierren brechas, moderen el impacto de cuidar y hagan posible que los familiares cuiden de los suyos” (De la Cuesta Benjumea, 2009) en condiciones dignas y de bienestar subjetivo y colectivo de quien cuida y de quien es cuidado; trascendiendo las distancias entre las políticas y la cotidianidad, en términos de que estas políticas sean efectivas.
3. Profundizar en la comprensión de la complejidad del cuidado familiar, su diversidad y la dimensión invisible de estos cuidados, la carga del cuidado, el alivio de la carga – los servicios de respiro-.
4. Incorporación de aspectos culturales propios de los contextos regionales del país, y como estos diversifican y enriquecen la cotidianidad del cuidado, y del cuidado de los cuidadores. (Carreño, S. P. y Chaparro-Díaz, L., 2017).

En este sentido, lo hasta aquí desarrollado evidencia la relevancia de profundizar en acciones pertinentes, situadas y contextualizadas para el cuidado de las mujeres y hombres que cuidan, que permitan contribuir a la transformación de las realidades individuales, familiares, comunitarias y locales.

3. OBJETIVOS

Objetivo General

El programa “Saberes y haceres del cuidado de quienes cuidan” desde una perspectiva comprensiva y salubrista, busca **fortalecer** las acciones de cuidado de quien cuida desde los siguientes ejes-dimensiones¹⁹: saberes, haceres²⁰, corporalidad, jurídico-política, emocional, en el Municipio de Madrid, Cundinamarca-Colombia.

Objetivos Específicos

A Largo plazo

Contribuir a consolidar acciones municipales que propicien escenarios de trabajo con las mujeres y hombres que cuidan en el Municipio de Madrid-Cundinamarca.

Consolidar las redes de trabajo intersectorial en Madrid-Cundinamarca que confluyan a través de las acciones de cuidado, en la garantía de los derechos de la ciudadanía en base al enfoque diferencial, de derechos y de reconocimiento de la diversidad, permitiendo que a largo plazo la Red de trabajo este instaurada y trabajando de forma continua, permitiendo que se identifiquen anualmente las adaptaciones necesarias del programa.

A Mediano plazo

Fortalecer el trabajo en Red de las entidades municipales, donde sus representantes trabajen conjuntamente para promover acciones para mejorar la calidad de vida de las mujeres y hombres que cuidan en el Municipio.

Fortalecer los procedimientos y acciones intersectoriales en los casos donde se identifique la necesidad de activación de rutas de garantía de derechos en casos identificados de vulneración de derechos²¹.

¹⁹ Modelo tomado de la Alianza Estratégica Universidad Nacional de Colombia y Secretaría de Integración social para el Acompañamiento al Proyecto 721. Grupo Kinesiología, Salud y Desarrollo. Beatriz Mena Bejarano.

²⁰ Haceres como referente comprensivo desde las prácticas.

²¹ La ruta de activación de derechos, corresponde a acciones intersectoriales en casos de vulneración de derechos, en este caso se podrían contemplar: abandono, inseguridad alimentaria, inadecuadas condiciones de habitabilidad, no están vinculado a seguridad social, no cobertura de seguridad social, violencia intrafamiliar, violencia de género.

A Corto plazo

Fomentar espacios de participación donde las mujeres y hombres que cuidan compartan y reflexionen sobre sus vivencias y experiencias del cuidado y su cuidado, como punto de partida para el fortalecimiento de sus capacidades para cuidar y cuidarse en Madrid-Cundinamarca.

Fortalecer las prácticas de cuidado en el Municipio en base a los saberes y haceres de las mujeres y hombres que cuidan, desde la reflexión de los factores que influyen en la carga del cuidado y su interacción, para favorecer capacidades de cuidar y cuidarse que impacten la calidad de vida de cuidadores y receptores del cuidado.

Propiciar escenarios colectivos de reflexión que permitan a cuidadoras y cuidadores analizar los elementos problemáticos y sus interacciones, que permitan la construcción de prácticas-soluciones para cuidar y cuidarse.

Pilares del Programa

El programa plantea la incorporación de cinco **ejes**²² del cuidado de quien cuida: Saberes, Haceres, Corporalidad, Emocionalidad y Jurídico-Política, estas dimensiones se desarrollarán a través de varias *estrategias* como: talleres, acompañamientos, dinamización de redes de apoyo. Donde la **interacción transdisciplinar** se fundamente en los principios (referentes metodológicos): lectura de realidades, el diálogo de saberes y el encuentro humano. En varios **niveles** el subjetivo (mujeres y hombres que cuidan, profesionales), colectivo (agrupaciones de cuidadoras y cuidadores), e interinstitucional-intersectorial.

²² Modelo tomado de la Alianza Estratégica Universidad Nacional de Colombia y Secretaría de Integración social para el Acompañamiento al Proyecto 721. Grupo Kinesiología, Salud y Desarrollo. Beatriz Mena Bejarano.

4. POBLACIÓN DE REFERENCIA

Cundinamarca

Cundinamarca es uno de los 32 departamentos de Colombia, ubicado en el centro del país, en la región andina, con una superficie de 22.478 Km², de los cuales 99,16% están en zona rural, con una población de 2.721.368 habitantes (sin incluir Bogotá). Limita al norte con el departamento de Boyacá, por el este con el departamento de Casanare, al sur con los departamentos de Meta y Huila, y al oeste con los departamentos de Tolima y Caldas. Administrativamente se divide en 15 provincias, en las cuales se organizan los 116 municipios que la conforman.

Ilustración 1 Mapa de Cundinamarca – División Administrativa.



Madrid

El Municipio de Madrid se encuentra ubicado en la provincia de Sabana Occidente, fundada en el 7 de junio de 1559, superficie 120 km², y una población de 77.627 habitantes, 67.527 en la zona urbana, su densidad poblacional urbana es de 151-300 hab/km² y el índice de densidad de la población rural es de 50 – 75 hab/km². Madrid limita al norte y noroccidente con Subachoque, por el nororiente con Facatativá y El Rosal, por el occidente con Bojacá y Facatativá, por el oriente con Mosquera y Funza, y por el noroeste con Tenjo. La ciudad se divide en 41 barrios, 29 urbanizaciones, 1 sector de casas fiscales (Fuerza aérea) y 6 conjuntos residenciales; en el área rural cuenta con 16 veredas.

Ilustración 2 Mapa de Madrid-Cundinamarca



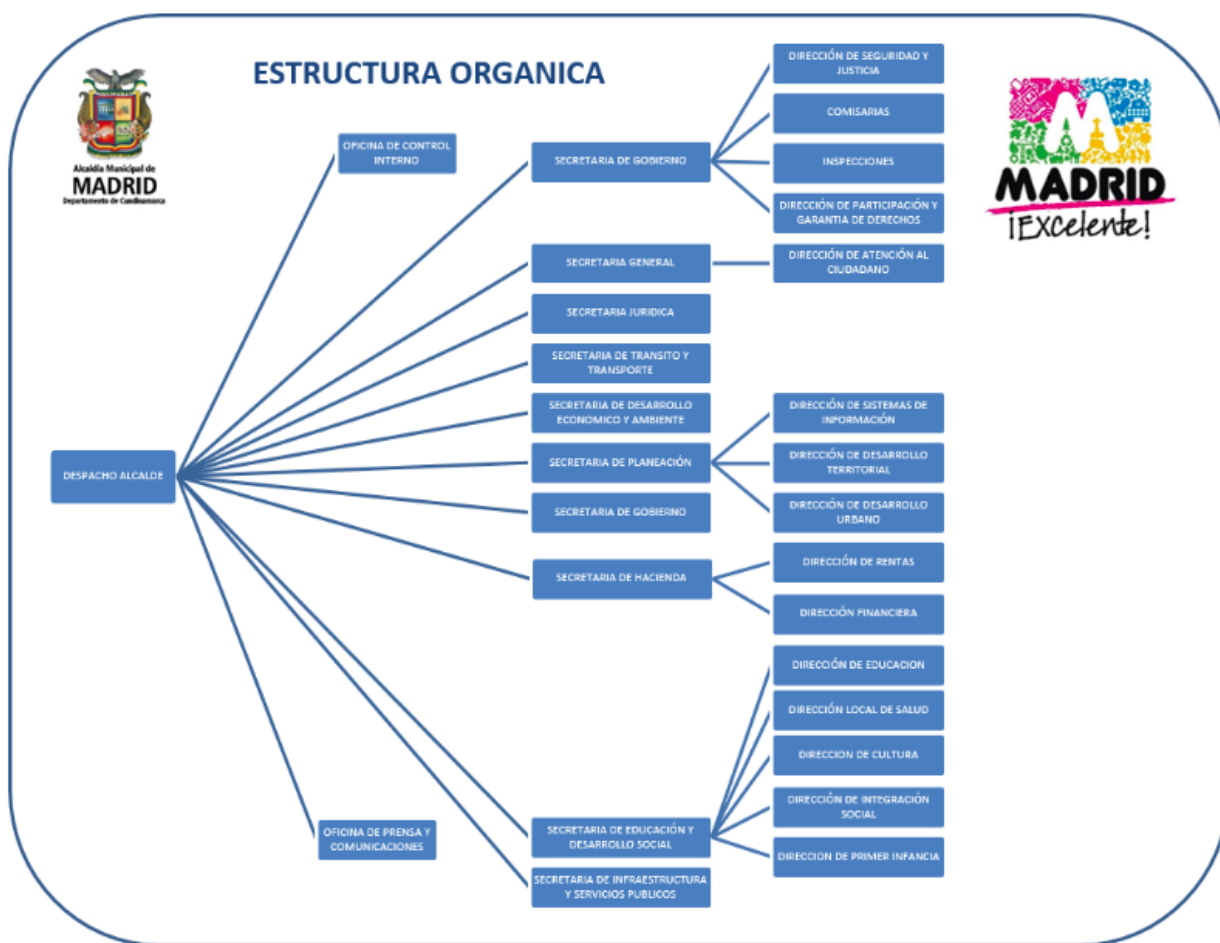


Ilustración 3 Estructura Orgánica Madrid-Cundinamarca.

Disponible en: http://madrid-cundinamarca.gov.co/apc-aa-files/62356232646538333339396130356437/nueva-imagen-10_1.bmp. Consultado 28/05/2017

Tabla 1 Estadísticas Básicas Nacionales, Departamentales y Municipales

Indicador	Colombia	Cundinamarca	Madrid
Extensión Territorial Km2 según IGAC	2.070.408	22.478	120
Población 2005	42.888.592	2.280.158	62.436
Proyección Población 2015	48.203.405	2.680.041	77.627
Cabecera	36.846.935	1.803.997	67.527
Resto	11.356.470	876.044	10.100
Hombres	23.799.679	1.336.216	38.865
Mujeres	24.403.726	1.343.825	38.762
Adulto (27-59)	19.733.909	1.080.393	33.463
Adultos Mayores (+60 años) ²³	5.336.851	297.723	5.761
Población Desplazada (Recibida según registro de víctimas RUV-2014)	164.912	3.881	52
Índice de pobreza multidimensional promedio	49,6	41,6	21,9
Índice de condiciones de vida ICV	79,45	75,02	84,4
% Personas con Necesidades Básicas Insatisfechas	27,8	21,3	13,6
% Personas en Miseria	10,64	5,20	2,1
Tasa de Analfabetismo	8,40	6,20	3,0
Población SISBEN	34.288.653	2.006.991	61.899
Población Régimen Subsidiado Marzo 2015	23.161.413	905.592	13.963
Población Régimen Contributivo Marzo 2015	20.086.564	1.084.802	54.503
Población Pobre no asegurada en Sisbén		133.580	2.781
Población con Discapacidad Sisbén ²⁴		62.396	1.006
Esperanza de Vida (años) 2010-2015	75,22	74,90	N/A

Fuente: Secretaría de Planeación de Cundinamarca. Oficina de sistemas de Información, análisis y Estadísticas. Disponible en:

<http://www.cundinamarca.gov.co/wps/portal/Home/SecretariasEntidades.gc/Secretariadeplaneacion/VisorEstadisticoMun.gc>. Consultada: 28 de Mayo de 2017.

Constituyen la población de referencia del programa las mujeres y hombres que van a ser beneficiarios-participantes directos de las actividades a desarrollar, y las mujeres y hombres que de forma indirecta, sin participar en las actividades,

²³ Para el grupo de personas mayores de 60 años, su disminución está relacionada con las enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, el cáncer y la diabetes, es frecuente que las personas mayores padezcan varios problemas de salud al mismo tiempo, como diabetes y cardiopatías. Además del padecimiento de las enfermedades están en riesgo de ser maltratadas por sus familias y la sociedad. Las necesidades de asistencia a largo plazo para las personas mayores del Departamento están aumentando. Según la tendencia a 2020 la cantidad de ancianos mayores de 60 años será del 12 % de los cuales habrá un porcentaje importante que no pueden valerse por sí mismos. Muchos ancianos de edad muy avanzada pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales. Muchos necesitan alguna forma de asistencia a largo plazo, que puede consistir en cuidados domiciliarios o comunitarios y ayuda para la vida cotidiana, reclusión en asilos y estadías prolongadas en hospitales. Gobernación de Cundinamarca Secretaría de Salud de Cundinamarca. 2015. Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud.

²⁴ Teniendo en cuenta la fuente oficial DANE a partir del año 2010 y hasta el año 2015 se presentó un aumento de 35.048 casos de discapacidad en el departamento de Cundinamarca, pasando de 11.661 casos a 46.709 en 2015, la proporción hombre mujer es equitativa sin generar más carga a uno de los dos sexos, la alteración del movimiento, sistema nervioso, y alteración visual representan más del 66% de las discapacidades presentadas en el departamento en los últimos años, actualmente Cundinamarca cuenta con 89 centros de vida sensorial, creados en pro de mejorar la calidad de vida de las personas con algún grado de discapacidad. Gobernación de Cundinamarca Secretaría de Salud de Cundinamarca. 2016. Plan Terriotrial de Salud 2016-2020.

experimentarán los beneficios de los aprendizajes, capacidades y experiencias del programa o consecuencias derivadas de la ejecución de estas actividades sobre sus participantes.

Los grupos poblacionales que van a ser beneficiarios-participantes directos del Programa son:

- Las mujeres y hombres que desarrollan el rol de cuidado a población con discapacidad, adultos mayores y población con enfermedades crónicas que requieran de cuidado en el Municipio de Madrid-Cundinamarca.
- Los profesionales sanitarios, bienestar social, vive digital, representantes sociales y demás profesionales miembros del Comité Municipal de Discapacidad.

Los beneficiarios-participantes indirectos son:

- Mujeres y hombres que reciben cuidado del Municipio de Madrid-Cundinamarca.
- Organizaciones sociales municipales que desarrollen sus acciones en torno al cuidar y cuidado de cuidadoras y cuidadores.

5. HOJA DE RUTA: AGENTES SOCIALES, PRINCIPIOS, MOMENTOS, ACCIONES Y HORIZONTE TEMPORAL

Agentes Sociales

Dentro del programa tenemos varios agentes sociales que participan en los diferentes momentos, entre ellos se encuentran:

- **Cuidadora-Cuidador:** Mujeres y hombres que desarrollan rol de cuidado.
- **Cuidadora-Cuidador Familiar:** De acuerdo con Grupo de cuidado de Enfermería al paciente crónico de la Universidad Nacional de Colombia. “Son las personas con vínculo de parentesco o cercanía, que asumen las responsabilidades del cuidado de un ser querido en situación de enfermedad crónica y participan con ellos en la toma de decisiones. Estos realizan o supervisan las actividades de la vida diaria, en busca de compensar las disfunciones existentes de parte del receptor del cuidado”.²⁵
- **Lideresa-Líder:** Mujeres y hombres integrantes de los municipios, que desarrollan acciones de cuidado informal con características de liderazgo comunitario, de acuerdo con Andrade-Rojas (2013) como características del líder comunitario se contempla: “Visión de bienestar colectivo fundado en valores comunitarios, comunicador social, resuelve los conflictos de forma constructiva, flexibilidad y paciencia, dignos de confianza, centrado en la organización comunitaria y los resultados, capacidad para inspirar y movilizar a la comunidad, fuerte compromiso con la comunidad, protagonismo de la comunidad por sobre el individual”.
- **Formadores:** Profesionales que conforman el Equipo Base, estará conformado por al menos cinco profesionales con alguno de los siguiente perfiles: Profesional de Fisioterapia, Enfermería, Odontología, Psicología, Trabajo Social, Sociología, Ciencias Políticas, Derecho, con estudios de Salud Pública, y experiencia en acciones de educación para la salud.
- **Dúo Formador:** Constituido por un profesional formador y una lideresa o líder cuidadora o cuidador, que orientarán el desarrollo de los encuentros colectivos de

²⁵

Disponible en:
http://www.uneditorial.net/ufli/Cuidando_a_los_cuidadores/pubData/source/UNAL_Cuidando_a_los_cuidadores.pdf

construcción. Esta dupla liderará el desarrollo de los módulos correspondientes a su formación e intereses, aunque podrá apoyar los otros módulos.

- **Referente de Salud Pública:** Profesional líder o lideresa del Equipo Base, quien orienta las acciones de acuerdo a la naturaleza del programa.
- **Equipo Base:** Grupo de trabajo del programa constituido por el referente de salud pública, formadores, lideresas y líderes de cuidadores.
- **Enlaces:** Profesionales clave representantes de las entidades municipales que participarán en la Red interinstitucional e intersectorial.

Principios

Los principios del programa se fundamentan en la experiencia del “Proyecto 735: Ser Feliz, Creciendo Feliz”, en el marco de este programa las relaciones para la construcción colectiva, se comprenderán así:

- **Lectura de Realidades:** las acciones del programa encuentran en la “lectura de realidad un mundo de posibilidades, que permite comprender la cotidiana como una serie de procesos dinámicos y cambiantes, una oportunidad para desarrollar y potenciar. Leer la realidad significa mirar, comprender e interpretar el entorno que nos rodea, las situaciones pasadas y presentes de las cuidadoras, cuidadores y sus familias, así como sus patrones de interacción, su composición, sus condiciones y recursos. Es también analizar el contexto social, cultural y económico, tanto privado como público del barrio y el municipio²⁶, donde se propicia un proceso comunicativo basado en la interacción de dos lógicas, la del conocimiento científico y la del saber cotidiano, en busca de una comprensión mutua y recíproca.
- **Diálogo de Saberes:** “El diálogo de saberes se entiende como el intercambio de conocimientos, experiencias, emociones entre los actores sociales para reconocer las cosmovisiones, creencias y prácticas de cuidado con la intención de interpretar, resignificar y transformar la realidad en pro del desarrollo y calidad de vida de cuidadoras, cuidadores”²⁷

²⁶ Proyecto 735. Secretaría Distrital de Integración social. 2013.

²⁷ Proyecto 735. Secretaría Distrital de Integración social. 2013.

- **Encuentro Humano:** se comprende como los “procesos humanizantes que emergen al comprender de que cada participante (cuidadoras, cuidadores, enlaces, profesionales, lideresas, líderes, etc.) reconozca que cada actor social va con lo que es (identidad), reconozca al otro como un individuo diferente (Otridad) y de que tenga voluntad de entender al otro y ponerse en su lugar (alteridad)” ²⁸

²⁸ Proyecto 735. Secretaría Distrital de Integración social. 2013

Momentos

A continuación se presentan la hoja de ruta del Programa “Saberes y Haceres del Cuidado de Quienes Cuidan”, se conceptualiza en cinco momentos, desde la preparación del programa, caracterización, Recorridos colectivos, En...Red...Ando, Cómo vamos: seguimiento y evaluación.

Primer Momento: Prepar-Acción

Presentación del Programa a Alcaldía del Municipio.

Desarrollo de Sesión Estratégica.

Establecimiento de Acuerdo Municipal para el desarrollo del programa.

Adquisición de recursos materiales para el desarrollo del programa.

Segundo Momento: Caracterización... ¿Quiénes somos, dónde estamos?

Identificación de población que recibe cuidados y cuidadores.

Identificación y Caracterización de redes comunitarias.

Presentación y socialización del programa a los actores sociales identificados.

Identificación de lideresas y líderes dentro del grupo de cuidadores y cuidadoras.

Selección de dúos formadores (Profesionales-Líderes).

Formación de dúos formadores.

Estrategias de captación de mujeres y hombres que cuidan.

Tercer Momento: Recorridos Colectivos

Desarrollo de consentimientos informados para participación en el programa. y disentimientos

Caracterización de calidad de vida y carga del cuidado de cuidadoras y cuidadores participantes del programa.

Análisis de línea de base sobre calidad de vida y carga del cuidado de cuidadoras y cuidadores.

Encuentros de Construcción Colectiva.

Encuentros de Construcción en Domicilio: Fortalecimiento y seguimiento.

Respiros, Articulación con Centros Día y Agenda para cuidar y cuidarse del Municipio

Cuarto Momento: En Red Ando

Naturaleza de la Red

Caracterización de activos para el trabajo en Red

Mapeo de necesidades situadas y sentidas del cuidado y cuidado de cuidadores en el municipio

Matriz de Oportunidades para la Acción Municipal

Construcción del Plan de Trabajo para dinamizar el trabajo en Red

Quinto Momento: Cómo vamos.....

Acciones de Seguimiento y Evaluación

Estrategias e Indicadores de Evaluación

Hoja de Ruta: Acciones e Interacciones

Primer Momento: Prepar-Acción

Presentación del Programa a Alcaldía del Municipio

Se desarrollará una reunión-sesión estratégica convocada desde la Alcaldía Municipal para reglamentar el desarrollo del programa en el marco de la política pública del Municipio, así como el establecimiento de acuerdos para: Convocatoria de sesión de trabajo con equipo interdisciplinar y ciudadano. (Producto: Acta de Reunión y compromisos adquiridos, Convocatoria a sesión estratégica).

Desarrollo de Sesión Estratégica

Para la presentación del Programa y establecimiento de trabajo intersectorial con instancias municipales involucradas: Dirección Local de Salud, Dirección de Cultura, Dirección de Integración Social, Dirección de Gestión Territorial, Dirección de Participación y Garantía de Derechos Secretaría de Educación y Desarrollo Social, Vive Digital, Instituto para el Deporte y la Recreación, Comité Municipal de Discapacidad, Organizaciones sociales de PSD, Organizaciones sociales de cuidadores y cuidadoras, Asociaciones de Usuarios. (Productos: Acta de Reunión, listados de asistencia y compromisos adquiridos).

Establecimiento y Firma de Acuerdo Municipal para el desarrollo del Programa

Este debe establecer las responsabilidades y compromisos de cada entidad municipal para:

- Postulación y Elección de personas que ejercerán como **enlaces** para el trabajo en Red.
- Identificación de información insumo de los procesos de caracterización del segundo momento (Bases de datos, registros)
- Consenso sobre los compromisos, responsabilidades y alcance de los “Enlaces”, y las entidades que representan.
- Establecimiento de agenda de trabajo y seguimiento.
- Conformación del Equipo Base (profesionales de salud pública). (Producto: Acuerdo Municipal).

Adquisición de Recursos materiales para el desarrollo del Programa

El equipo base procederá a la compra de recursos materiales aprobados en el presupuesto del programa. (Producto solicitudes de trámite administrativo, contratos de adquisición, inventario)

Segundo Momento: Caracterización... ¿Quiénes somos, dónde estamos?

Identificación de población que recibe cuidados y cuidadores

En base a los compromisos de la sesión estratégica se espera recolectar información de las siguientes fuentes, con el propósito de identificar a las mujeres y hombres que reciben cuidados en el Municipio. Es importante establecer que la identificación se refiere a que cada entidad municipal identifica a los potenciales beneficiarios del programa, para que sean convocados a la sesión de presentación del programa, donde adicionalmente se realizarán los primeros momentos de caracterización.

- Dirección Local de Salud: Población que requiera cuidados que han sido identificados en los diferentes servicios sanitarios (Rehabilitación, Programa de ECNT, Programa de Adulto Mayor).
- Dirección de Integración Social: Población beneficiaria de sus acciones afines a la naturaleza del programa. Población beneficiaria del proyecto: Cuídame siendo feliz.
- Secretaría de Educación y Desarrollo Social: Registro de matrícula de niños y niñas con discapacidad del municipio.
- Dirección de Cultura: Registro de población participante de bibliotecas y ludotecas.
- Vive Digital: Registro de PCD que participan en las acciones del punto Vive digital del Municipio.
- Instituto para el Deporte y la Recreación: Registro de participantes del programa deporte social comunitario con PSD.
- Organizaciones sociales de cuidadores y cuidadoras, Asociaciones de Usuarios: Caracterización de mujeres y hombres que cuidan.

Esta sesión se constituye en el primer encuentro de En Red Ando, el cuarto momento de este programa.

Identificación y Caracterización de redes comunitarias

A partir de la identificación de actores afines, se identificarán las redes de apoyo comunitaria existentes, como producto se construirá un inventario de activos comunitarios para cuidar y cuidarse. Esta tarea se enlazará con las primeras acciones del momento En Red Ando.

- Dirección de Participación y Garantía de Derechos: Registro de asociaciones ciudadanas afines.
- Comité Municipal de Discapacidad: Registro de asociaciones ciudadanas, y registro de población.
- Organizaciones sociales de PD: Registro de PCD, familiares, cuidadores y cuidadoras.

Presentación y Socialización del Programa a los Actores sociales identificados

Se desarrollará una sesión de socialización del programa con representantes y ciudadanos, priorizando la participación de cuidadoras, cuidadores, y representantes sociales que permitan comunicar el programa en los diferentes barrios y veredas. Esta sesión buscará que cuidadores y cuidadoras conozcan el programa y cómo pueden participar. Como actividad preliminar de las acciones de captación de participantes del programa, se desarrollará adicionalmente una pre-inscripción para participar en el programa.

Identificación de lideresas y líderes dentro del grupo de cuidadores y cuidadoras

Durante la sesión de socialización se presentará la invitación para lideresas y líderes cuidadoras y cuidadores para que hagan parte de los dúos formadores. Las mujeres y hombres interesados en participar en los dúos formadores se presentarán a la invitación. Que tendrá como requisitos de participación:

- Mujeres y hombres cuidadores o cuidadoras del Municipio.
- Debe tener arraigo en la comunidad, y que resida en ella.
- Contar con disponibilidad de tiempo para dedicarlo a las actividades del programa tanto de formación como de implementación.
- Deber ser mayor de 18 años.
- Debe ser un líder natural de la comunidad.
- Debe ser una persona alfabetizada, sin requisitos de formación formal.

Selección de Dúos Formadores (Profesionales-Líderes)

Se seleccionarán las lideresas o líderes comunitarios del grupo que se presentó a la invitación, y se conformarán al menos 5 dúos formadores; los cuales siempre deben estar conformados por un formador profesional y un líder formador. De la dinamización intersectorial, podrían enriquecerse estos dúos con estudiantes voluntarios de programas afines de formación técnica, tecnológica y profesional, como talento humano de apoyo a las sesiones de trabajo colectivo.

Formación de Dúos Formadores

Durante los meses 2 y 3 de implementación se desarrollará el proceso de formación de los dúos formadores. Esta la formación estará liderada por el equipo base, y se fundamentará en el conocimiento del plan de trabajo, principios metodológicos, contenidos generales de cada componente y etapas. Luego de este proceso inicial de acercamiento a los contenidos, se desarrollarán sesiones de trabajo conjunto donde cada dúo formador diseñará las metodologías específicas, materiales y dispositivos didácticos a utilizar, las propuestas de cada dúo se presentarán y socializarán para la retroalimentación y aportes del grupo ampliado, de tal manera que las propuestas finales permitan el diálogo entre todos los dúos formadores.

Estrategias de Captación de Mujeres y Hombres que Cuidan

La convocatoria que se presentó en la sesión de socialización, se complementará con las siguientes acciones:

- Presentación de la convocatoria en la Radio Municipal (Anexo No. 1 Nota de Prensa).
- Publicación de cartel (Anexo No. 2) publicitario en los edificios municipales, escuelas, punto vive digital, iglesias, centro de salud, asociaciones comunitarias, mercado, centro zonal, etc.
- Dentro de las acciones dinamizadoras de la Red intersectorial, (En Red Ando) cada Enlace usará los canales de comunicación institucionales ya establecidos para difundir la convocatoria a la con la comunidad.
- Los dúos formadores entrarán en contacto directo con las organizaciones comunitarias, para difundir la convocatoria y reforzarla.

Programa: Saberes y Haceres del Cuidado de Quienes Cuidan

- Se registrarán a las cuidadoras y cuidadores interesados en participar en el programa (Ver Anexo No. 3 Base Datos de Registro).
- Se organizarán los grupos de trabajo de acuerdo al número de inscritos, para garantizar los principios y referentes metodológicos.

Tercer Momento: Recorridos Colectivos

Desarrollo de consentimientos informados para participación en el programa

En la primera sesión de trabajo colectivo del programa se desarrollará la presentación general de las sesiones, y se desarrollará la lectura, aclaración de inquietudes y firma de consentimiento informado (Ver Anexo No. 4).

Caracterización de calidad de vida y carga del cuidado de cuidadoras y cuidadores participantes del programa

La caracterización se llevará a cabo en la primera sesión de los encuentros de construcción colectiva, y se desarrollará a través de los siguientes instrumentos:

- Caracterización de calidad de vida, instrumento Encuesta de caracterización del cuidado de la diada cuidador familiar-persona desarrollado por Grupo de Investigación Cuidado de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. (Ver Anexo No. 5).
- Sobrecarga del cuidado, usando el instrumento Encuesta de Sobrecarga del cuidado Zarit. (Ver Anexo No. 6).
- Inventario de Habilidad de Cuidado –CAI– (por sus siglas en inglés) propuesto por Ngozi Nkongho. (Ver Anexo No. 7).
- Evolución de calidad de vida: Cuestionario para la evolución de calidad de vida: WHOQOL-BREF. Desarrollado por OMS. (Ver Anexo No. 8).

Análisis de línea de base sobre calidad de vida y carga del cuidado de cuidadoras y cuidadores

Una vez se haya desarrollado la recolección de información del punto anterior, se procede a la sistematización, interpretación y análisis, como resultado el equipo base construirá informe de línea de base de caracterización de las cuidadoras y cuidadores del programa. Este análisis también permitirá identificar categorías o elementos en los cuales hacer énfasis en los encuentros de construcción colectiva. Los principales hallazgos se socializarán con los líderes y lideresas, para definir elementos a priorizar e incorporar en las actividades, así como en una sesión de En Red Ando; también permite evaluar la proyección del programa y tomar decisiones para adaptarlo a los resultados de la caracterización.

Encuentros de Construcción Colectiva

Teniendo como referencia los principios antes mencionados en este capítulo, los encuentros de construcción colectiva se configuran como espacios y escenarios donde el diálogo de saberes entre los dúos formadores y las cuidadoras y cuidadores confluyen para desarrollar conjuntamente los caminos propuestos por el programa.

Se estructura en dos componentes V.I.V.A y G.O.C.E²⁹: **Componente VIVA**: por su sigla significa: Vive, Interioriza, Valora y Actúa, busca que estas acciones se desarrollen durante los talleres y permitan apropiar estos aprendizajes en su cotidianidad. **Componente GOCE**: por su sigla significa: Gestión, Organización, Comunicación y Empoderamiento, busca brindar espacios y estrategias que permitan la acción individual, familiar y comunitaria, busca que los aprendizajes compartidos y construidos en los talleres se traduzcan en acciones colectivas que busquen la mejora de la calidad de vida de las cuidadoras y cuidadores como colectivo municipal, este componente se articula con las acciones En Red...Ando, del cuarto momento del programa.

Estos dos componentes se desarrollan a lo largo del proyecto y se consideran complementarios, el componente GOCE, se articula en algunas de sus acciones con En Red... Ando, cuarto momento del programa. Los encuentros de construcción colectiva (EnCoCo), se desarrollarán dos veces al mes, se constituirán grupos de trabajo entre 10 y 20 personas, junto con el dúo formador.

Entendiendo que se realizan dos encuentros mensuales (cada 15 días), con el equipo de trabajo es posible ofertar hasta 20 grupos de EnCoCo, realizando los talleres en dos grupos al día, uno en la mañana y otro en la tarde, de lunes a viernes, con una oferta máxima de 400 participantes³⁰.

²⁹ VIVA, GOCE: Propuesta de Intervención Comunitaria producto de la Investigación realizada por el Instituto Salud Pública y el Departamento de Movimiento Corporal Humano con el Grupo de investigación promoción de la salud y Actividad Física. “Modelos de movilización social con énfasis en la actividad física y estilos de vida saludables para reducir el sedentarismo en las regiones de Bogotá, Antioquia y Quindío”: Ministerio de Protección Social, Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología “Francisco José de Caldas- Colciencias”, Universidad Nacional de Colombia y a la Fundación Ciudad Humana. Código: 1101-04-14483.

³⁰ En caso que del proceso de inscripción y caracterización se identifique una población mayor podrían desarrollarse más grupos de EnCoCo, pero tendrían que reorganizarse las metas de acompañamientos en domicilio.

Encuentros de Construcción Colectiva - EnCoCo					
MES					
Semana 1					
Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
AM	G1	G3	G5	G7	G9
PM	G2	G4	G6	G8	G10
Semana 2					
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
AM	G11	G13	G15	G17	G19
PM	G12	G14	G16	G18	G20
Semana 3					
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
AM	G1	G3	G5	G7	G9
PM	G2	G4	G6	G8	G10
Semana 4					
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
AM	G11	G13	G15	G17	G19
PM	G12	G14	G16	G18	G20

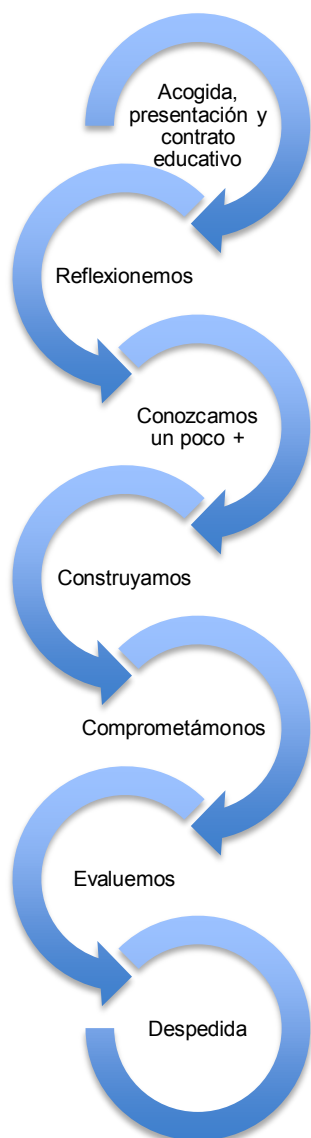
Responsable	Grupos		Día	No. Participantes
Dúo Formador 1	G1 - G2	G11 - G12	Lunes	80
Dúo Formador 2	G3 - G4	G13 - G14	Martes	80
Dúo Formador 3	G5 - G6	G15 - G16	Miercoles	80
Dúo Formador 4	G7 - G8	G17 - G18	Jueves	80
Dúo Formador 5	G9 - G10	G19 - G20	Viernes	80
				400

Tabla 2 Organización de Grupos EnCoCo para máxima cobertura

La metodología de las sesiones de trabajo³¹ debe tener en cuenta una duración de tres horas y desarrollarse a través de los siguientes momentos metodológicos:

³¹ Los momentos metodológicos presentados fueron desarrollados en el marco del programa Ser Feliz, Creciendo Feliz, Proyecto 735. Modalidad Ámbito Familiar. Bogotá 2015.

Ruta Metodológica



Acogida, Presentación y Contrato Educativo

Este momento es fundamental para iniciar el proceso, en el dúo formador debe propiciar un primer espacio para acoger, saludar y dar la bienvenida al programa, usando expresiones verbales y no verbales de aceptación, escucha y apoyo³². Se realiza la presentación, una descripción general de cómo se van a desarrollar las acciones, es importante compartir que es un espacio de trabajo conjunto continuo, con varios encuentros, y por ende se propone un primer momento de presentación, para conocernos un poco más y trabajar mejor como grupo.

El dúo formador, debe desarrollar un registro de lo compartido, sin descuidar la participación y comunicación. Luego de la presentación del grupo, se presentará el taller a desarrollar, se acordarán los momentos, presentación de los objetivos, bloques de contenido, programa, compromisos, y acuerdos para la participación - contrato educativo (Ver Anexo No. 9) (asistencia, puntualidad, confidencialidad, comunicación, respeto y apoyo) de EnCoCo, así como el pacto de los mimos de forma colectiva.

Ilustración 4 Ruta Metodológica de cada Taller.

Fuente: Construcción propia

En las sesiones o talleres siguientes este momento debe retomar los compromisos colectivos que se establecieron, espacio para relatar cómo se aplicaron los aprendizajes en la cotidianidad, como complemento del Evaluemos de la sesión anterior.

³² Tomado del Taller Cuidar y cuidarse de la Escuela de Pacientes de Navarra. Escuela de Salud. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra.

Reflexionemos

Corresponde al momento inicial del encuentro, en este deben disponerse acciones que permitan la reflexión y/o la evocación de experiencias de las y los participantes. Como cierre de este momento, el dúo formador debe recoger y devolver al grupo.

Conozcamos un poco más

Corresponde al momento de mayor profundidad conceptual, permite brindar a los participantes las herramientas conceptuales y vincular los aportes que, desde la experiencia, aportan en relación con cada uno de los temas propuestos, el dúo formador lidera este momento, siempre propiciando el dialogo de saberes.

Construyamos

Invita a trabajar en equipo con los participantes con el fin de proponer nuevas formas para poner en práctica lo aprendido, lleva a la construcción de propuestas de acción en respuesta a las características, necesidades y expectativas de los participantes frente al cuidado.

Comprometámonos

En este momento, cada participante a partir de la reflexión de su cotidianidad, planteará un compromiso individual en relación a las propuestas y contenidos compartidos en la sesión, así mismo el dúo formador, debe propiciar una actividad que permita la construcción de compromisos colectivos que enriquezcan el proceso. En este momento, se establecerán compromisos individuales y colectivos, los cuales deberán registrarse en el Diario³³ de cada participante.

Evaluemos

Permite realizar el balance del encuentro. Puede incluir una asamblea de cierre u otra estrategia a elección del dúo formador, que vincule preguntas orientadoras sobre la temática desarrollada, la dinámica grupal, el desarrollo del encuentro y que permita proyectar el siguiente encuentro, como primer momento de evaluación.

³³ Diario: Como una estrategia de reflexión cotidiana, que permita al cuidador registrar voluntariamente como las experiencias del programa se ponen en juego o emergen en su cotidianidad, así como las acciones desarrolladas en relación a los compromisos de los talleres. Se constituye en una estrategia narrativa, que permitirá que cada cuidador comparta sus vivencias y aprendizajes, es importante tener en cuenta que entendiendo lo personal de las vivencias, el cuidador o cuidadora decidirá que elementos compartir. El diario puede conjugar diferentes formas narrativas, textos, dibujos, fotografías, tejidos, etc.

Este momento, se debe articular con el siguiente encuentro, realizando un proceso de evaluación reflexiva desde la incorporación de la sesión en la cotidianidad, con el propósito de obtener información sopesada de los aprendizajes, que vaya más allá de una valoración positiva insitu del encuentro.

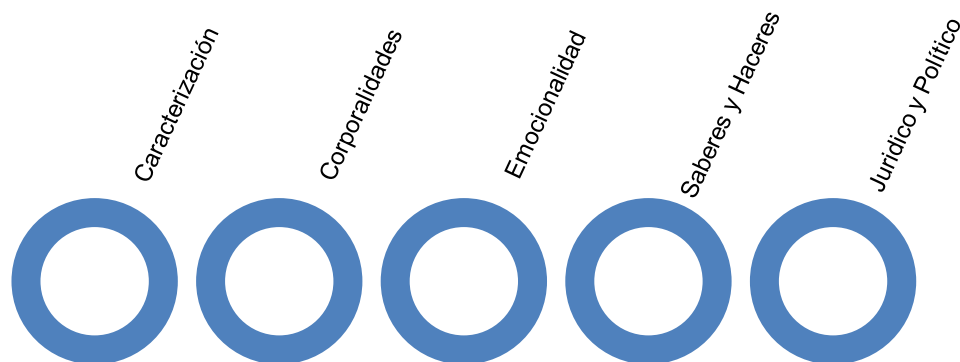
Despedida

Es un momento de cierre del taller, permitirá concluir el encuentro y permitirá recordar los compromisos, las premisas para el Diario y se presentará el tema del siguiente taller, y como se articula con el taller finalizado. Es importante, tener en cuenta que estos momentos, si bien, no son estáticos ni estrictamente continuos, es fundamental que siempre se inicie con Reflexionemos como punto de la construcción colectiva que reconozca la experiencia de las y los participantes. Los encuentros se organizan por ejes los cuales se desarrollan e interactúan a lo largo de los diferentes talleres.

Ejes de la Construcción Colectiva³⁴

Ilustración 5 Ejes de los encuentros de construcción colectiva.

Fuente: Construcción propia.



Caracterización: Durante la primera sesión de los EnCoCo, se realizará el diligenciamiento de los instrumentos de caracterización descritos anteriormente, con la participación de todo el equipo de base y dúos formadores, en razón de completar la caracterización.

³⁴ Ejes y dimensiones adaptadas del Modelo de la Alianza Estratégica Universidad Nacional de Colombia y Secretaría de Integración social para el Acompañamiento al Proyecto 721. Grupo Kinesiología, Salud y Desarrollo. Beatriz Mena Bejarano.

Corporalidades³⁵: Re/significación del Cuidado desde la Corporalidad: Busca potenciar en las cuidadoras y cuidadores narrativas alternativas de su identidad e imaginarios contruidos en su rol de cuidado. Este eje se fundamenta en el reconocimiento corporal, la identificación de relatos de identidad y la expresión de emociones y sentimientos que han hecho parte de su experiencia como cuidadoras y cuidadores.

Emocionalidad: Este eje se fundamenta en la identificación y expresión de sus emociones y sentimientos que han hecho parte de su experiencia como cuidadoras y cuidadores, así como conocer la relación entre emociones, salud y enfermedad, para poder identificar estrategias que fortalezcan las habilidades personales para el afrontamiento adaptativo de las emociones.

Saberes: Busca propiciar espacios donde cuidadoras y cuidadores compartan sus experiencias en su rol de cuidado, en términos de reconocer los saberes individuales y colectivos contruidos. Este eje se fundamenta en el reconocimiento de las experiencias y de los recorridos vividos, al compartir como se han desarrollado habilidades y capacidades para el cuidado se busca identificar, reconocer y proponer estrategias para cuidar y cuidarse.

Haceres: Se fundamenta en espacios colectivos donde se identifiquen prácticas que favorecen el rol de cuidado como la comunicación, manejo de situaciones coyunturales y redes de apoyo familiar, comunitario e intersectorial. Permitirá desde la exploración de habilidades de comunicación y trabajo en equipo, generar estrategias que permitan mejorar la calidad de vida de cuidadores, así como capacidades que pueden ser compartidas y multiplicadas entre el grupo de cuidadores.

Juridico-Política: Pretende hacer un abordaje del cuidador desde la perspectiva de sujeto político y de derechos en el marco de construcción del ejercicio de la ciudadanía

³⁵ El significado que cada persona le da a su corporalidad, se da a partir de la construcción social que está mediada por la cultura y por la época histórica en que se vive, no se limita a lo biológico, pasa por el campo de las representaciones sociales. Así, el cuerpo se constituye en el escenario a través del cual percibimos, exploramos y conocemos; de esta forma, la persona mayor tendrá la oportunidad de explorar aquellas partes de su cuerpo que no ha reconocido, con el fin de fortalecer el cuidado, protección y bienestar de su corporalidad como unidad compleja. Secretaria de Integración Social. Bogotá, 2015. Modelo de Servicio Social Desarrollo de Capacidades y Potencialidades en Centros Día.

y brindar estrategias que permitan apoyar procesos encaminados a la exigibilidad u garantía de derechos en la población de cuidadores y receptores de cuidado.

El programa se estructura como se presenta en la siguiente tabla, el desarrollo de los talleres se presenta a continuación en relación a las tres primeras etapas, como referencia de la naturaleza de los talleres y la metodología, entendiendo que las experiencias de las lideresas y líderes de los dúos formadores aportarán al perfeccionamiento de los talleres.

Seguimiento y Evaluación de EnCoCo

La participación de los cuidadores y cuidadoras se registrará en el listado de asistencia a talleres EnCoCo (Ver Anexo No. 10). En cada uno de los talleres de EnCoCo se realizará una relatoría de la sesión por parte del equipo base, así mismo cada participante realizará una evaluación final de cada sesión. (Ver Anexo No. 11)

Los hallazgos de las evaluaciones se analizarán luego de cada sesión, con el propósito de tener en cuenta las observaciones como oportunidades de mejorar para los próximos talleres.

Una vez finalizados los talleres que configuran cada eje, se desarrollará una evaluación cualitativa de los aprendizajes del eje, a través de un instrumento de evaluación individual (Ver anexo No. 12) y otra colectiva (Ver Anexo No. 13) que permita identificar como se han incorporado y apropiado los aprendizajes en la cotidianidad de los participantes.

Tabla 3 Estructura de Encuentros de Construcción Colectiva -EnCoCo

Eje	Objetivo del Eje	Taller	Nombre del Taller	Propósito	Pregunta Orientadora
Caracterización	Desarrollar los instrumentos de caracterización durante la primera hora del taller, luego del momento de acogida.	1	Quienes somos, como cuidamos	Conocer las características de las y los participantes, así como características de sus realidades de cuidado, sobrecarga y calidad de vida	Desarrollo de instrumentos de caracterización ¿Quiénes somos? ¿A quien cuidamos?
Corporalidades	Potenciar en las cuidadoras y cuidadores narrativas alternativas de su identidad e imaginarios contruidos en su rol de cuidado. Este eje se fundamenta en el reconocimiento corporal, la identificación de relatos de identidad y la expresión de emociones y sentimientos que han hecho parte de su experiencia como cuidadoras y cuidadores.	2	Resignificación del Cuidado desde la Corporalidad	Que cuidadoras y cuidadores identifiquen fortalezas y habilidades que han estado presentes en su proceso como cuidadoras y que les han permitido enfrentar situaciones en su cotidianidad.	Fortalezas, habilidades, necesidades, aprendizajes, personas importantes en su rol de cuidado, núcleos de interés individual y colectivos.
				Que cuidadoras y cuidadores identifiquen y construyan socialmente significados respecto al cuerpo, como escenario a través del cual perciben, exploran y conocen.	¿Cómo he experimentado mi corporalidad a lo largo de mi vida y en mi rol de cuidador? Significados contruidos acerca de la corporalidad, relaciones entre corporalidad y cuidado.
				Que cuidadores y cuidoras identifiquen los recorridos como cuidadores, así como analizar críticamente el impacto del cuidado en sus vida	¿Cómo decidí ser cuidador? ¿Cuándo empieza una persona a ser cuidadora?
					¿Cómo me afecta el cuidar? Fortalezas y necesidades de ser cuidador
Emocionalidad	Identificar y expresara emociones y sentimientos que han hecho parte de su experiencia como cuidadoras y cuidadores, así como conocer la relación entre emociones, salud y enfermedad, para poder identificar estrategias que fortalezcan las habilidades personales para el afrontamiento adaptativo de las emociones.	3	Transformaciones del cuidado	Entender que las tareas afectan a los pensamientos, sentimientos y comportamientos, así como reconocer las emociones y sus funciones en la cotidianidad.	¿Qué situaciones o acciones le causan malestar en su rol de cuidado? ¿qué conductas experimenta ante situaciones de malestar? ¿Cómo reemplazar los pensamientos inadecuados por pensamientos más adaptativos?
		4	Las emociones en el proceso de cuidar		¿Qué sentimientos describen su experiencia como cuidador? ¿Qué emociones creen que favorecen su salud y cuáles no?

Eje	Objetivo del Eje	Taller	Nombre del Taller	Propósito	Pregunta Orientadora/Subtemas
Saberes	Propiciar espacios donde cuidadoras y cuidadores compartan sus experiencias en su rol de cuidado, en términos de reconocer los saberes individuales y colectivos contruidos.	5	Reconocimiento del rol del cuidado en los diferentes ámbitos de desarrollo humano	Reconocer el papel de las personas cuidadoras y la importancia que tiene esta labor en nuestra sociedad	¿En qué consiste cuidar? ¿qué actividades están involucradas en el acto de cuidar?
		6	Cuidados a la persona dependiente	Describir y analizar las tareas que conlleva cuidar, para compartir estrategias de afrontamiento en cada situación. Propiciar un espacio para fortalecer las habilidades de cuidado.	¿Qué habilidades son necesarias? ¿Qué habilidades debo fortalecer? ¿Qué estrategias de afrontamiento he desarrollado?
		7	Estrategias y habilidades de cuidado		Estrategias y habilidades de cuidado (Movilizaciones, alimentación, higiene y baño, traslados, etc)
		8	Toma de decisiones en la tarea de cuidar		¿Cómo el ambiente facilita el cuidado?
		9	Emergencias y accidentes, como cuidamos y nos cuidamos	Identificar, analizar y afrontar las emergencias que se presentan en el cuidado en el hogar, para construir alternativas colectivamente.	¿Cómo tomamos decisiones en la tarea de cuidar? ¿Quien participá?
					¿Y en las emergencias y accidentes? ¿Cómo las enfrentamos?
					¿Cómo cuidador necesito cuidado? ¿Cómo me cuidado? ¿Qué espacios tengo para mí?
					¿Cómo nos movemos y relajamos?
		10	¿Cuido mucho, pero me cuido poco?	Entender la importancia de cuidarse y aprender a conseguirlo.	¿Cómo participo en los espacios saludables del municipio? Juegos, danzas, deporte social comunitario
		11			
12					
13				¿Cómo alimento mi cuerpo y mi espíritu?	

Eje	Objetivo del Eje	Taller	Nombre del Taller	Propósito	Pregunta Orientadora/Subtemas
Haceres	Propiciar espacios colectivos donde se identifiquen prácticas que favorecen el rol de cuidado como la comunicación, manejo de situaciones coyunturales y redes de apoyo familiar, comunitario e intersectorial. Permitirá desde la exploración de habilidades de comunicación y trabajo en equipo, generar estrategias que permitan mejorar la calidad de vida de cuidadores, así como capacidades que pueden ser compartidas y multiplicadas entre el grupo de cuidadores.	14	La comunicación interpersonal	Desarrollar la comunicación interpersonal entre los participantes, a través de compartir experiencias y construir estrategias conjuntas.	¿Cómo nos comunicamos? ¿Qué tipo y estilos de comunicación experimentamos? ¿Cómo facilito o dificultó la comunicación? ¿Qué habilidades puedo fortalecer?
			El estrés: una respuesta humana	Determinar las situaciones de la vida diaria que generan estrés o dificultad al cuidador para comenzar a afrontarlo.	¿Se decir No, como pongo límites?
		15	Manejo del Dolor y Administración de medicamentos en el hogar	Identificar estrategias para el manejo del dolor en el marco del cuidado. Reconocer y fortalecer habilidades para la administración de medicamentos	¿Qué situaciones de dolor he tenido que afrontar? ¿Cómo he manejado estas situaciones? ¿Qué considero necesario conocer y aprender para manejar el dolor de mi familiar?
			16	Cuidar y cuidarse, Redes de Apoyo	Establecer elementos que permitan pedir y dar ayuda.
		17	Identificar que los activos en salud y calidad de vida disponibles en el municipio		¿Conocemos los recursos sociales y sanitarios de nuestra Comunidad y cómo acceder a ellos?
		Jurídico - Político	Pretende hacer un abordaje del cuidador desde la perspectiva de sujeto político y de derechos en el marco de construcción del ejercicio de la ciudadanía y brindar estrategias que permitan apoyar procesos encaminados a la exigibilidad u garantía de derechos en la población de cuidadores y receptores de cuidado.	18	Derechos de los cuidadores
Favorecer en los participantes la identificación de los derechos fundamentales, y de otros niveles como culturales y económicos	¿Qué derechos tengo como cuidador?				
19	Herramientas para la exigibilidad de derechos			Familiarizar al cuidador con herramientas para la exigibilidad de derechos dispuestas en el marco normativo colombiano	¿Qué derechos nos han sido vulnerados? ¿qué es exigibilidad de derechos? ¿Qué acciones conozco sobre exigibilidad de derechos? ¿Derecho de petición, tutela, movilización social, mesa intersectoriales, asociaciones de usuarios?
				Encontrar mecanismo que permitan la búsqueda de estrategias efectivas para garantizar el ejercicio de derechos en esta población	

Eje	Taller		Propósito	Pregunta Orientadora
Caracterización	1	Quiénes somos, cómo cuidamos	Conocer las características de las y los participantes, así como características de sus realidades de cuidado, sobrecarga y calidad de vida	Desarrollo de instrumentos de caracterización
1. Acogida		4. Desarrollo del Taller		
El dúo formador desarrollará un momento inicial para acoger, saludar y dar la bienvenida al programa y sesión, usando expresiones verbales y no verbales de aceptación, escucha y apoyo.		Se procede luego, al momento de reconocimiento de los participantes, se organiza el grupo por parejas.		
Se realiza la presentación, una descripción general los momentos de la sesión establecer que es un espacio de trabajo conjunto continuo, y por ende se propone un primer momento de presentación, para conocernos un poco más y trabajar mejor como grupo. 15 Min.		El fin de esta dinámica es conseguir que comiencen a expresarse y relacionarse unas con otras. Dependiendo del grupo, el dúo formador valorará como alternativa que cada una se presente a sí misma.		
		Posteriormente se presentarán la una a la otra ante todo el grupo.		
		Se darán 15 minutos para que las parejas intercambien información sobre: ¿Quién Soy?, manera de presentación: nombre, qué actividades realizo, dónde y con quién vivo. ¿A quién cuidas? ¿Vive contigo la persona a la que cuidas? ¿Vives además con otras personas? ¿Te ayuda alguien a cuidar? ¿Hace cuánto eres cuidador?		
2. Desarrollo de consentimientos informados. 15 min		Para luego pasar a la socialización en grupo. El dúo formador guiará la socialización (30), invitando a los participantes a participar, y registrará los elementos coincidentes y emergentes. Después de las presentaciones, el dúo formador invitará y animará al grupo a que exprese sus reflexiones sobre lo compartidos, tratando de identificar qué elementos convergentes y divergentes no entre los participantes. El dúo formador propiciará la identificación de características del grupo en relación al perfil de los cuidadores y cuidadoras, resaltando que de los elementos coincidentes se logra una base para la construcción del trabajo en grupo, y de los elementos diferenciales se pretenderá por convertirlos en aprendizajes. Así mismo, los resultados se relacionarán con las caracterizaciones de cuidadores en Colombia.		
3. Compromisos para el buen funcionamiento del grupo: contrato educativo. 15 min				

Quienes con las cuidadoras en Colombia	
	<p>Cuidadores informales > Nivel de Sobrecarga que C. Formales</p> <ul style="list-style-type: none">> Apoyo social, apoyo familiar, no ser el único cuidador = < Sobrecarga> Calidad Vida = < Sobrecarga> Vulnerabilidad = > Sobrecarga <p>Caracterización Zonas Rurales > Desigualdad en Salud</p>
<p>Para Carreño y Chaparro (2016), en Colombia, los estudios sobre cuidadores familiares, han identificado:</p> <ol style="list-style-type: none">Quienes son: mujeres, en edad productiva, de baja escolaridad, con alta dedicación en horas diarias y meses.Habilidades de cuidado: relacionado con el nivel de escolaridad del cuidador y la sobrecarga de su función, así mismo reportan niveles deficientes de habilidad de cuidado específicamente en relación a: paciencia para el cuidado, y pocos niveles de conocimientos formales sobre cuidado.Intervenciones: programas psicopedagógicos y de seguimiento en casa para mejorar las destrezas, alivio de sobrecarga y fortalecimiento personal de los cuidadores.Sobrecarga: si bien se han reportado niveles bajos o ausentes, plantea la necesidad de profundizar relacionados con: a) sexo del cuidador ya que no implica diferencias en las habilidades de cuidado y sobrecarga, b) relación entre la carga y el funcionamiento familiar del cuidador, así grado de satisfacción y el apoyo que recibe el cuidador, c) funcionalidad del paciente y dedicación en horas semanales, así como el componente de género de quienes cuidan.	

En resumen: Las características de este colectivo, mujeres, hijas, esposas, en edad productiva, con niveles de formación básica y secundaria, con multiplicidad de roles, dedicaciones horarias al cuidado moderadas y altas /6-11 horas), y varios años de cuidado consecutivo. Características que se asocian con niveles de sobrecarga fluctuantes y reducción de calidad de vida en cuidadoras; planteando que puede obedecer a los estereotipos alrededor de la división de las labores de acuerdo al género que puede manejar una sociedad y que asigna el rol de cuidar a la mujer y que son reflejo de inequidad social.

5. Receso (15 Minutos)

6. Caracterización	7. Cierre
<p>Con la participación de todo el equipo base (profesionales y líderes) se procede a desarrollar el proceso de caracterización: Se procede a organizar 5 estaciones de caracterización, de tal forma que un dúo formador sea el encargado de cada instrumento y actividad de cierre, así:</p> <p>E1: Encuesta de caracterización del cuidado de la diada cuidador familiar - persona.</p> <p>E2: Encuesta de Sobrecarga del cuidado Zarit.</p> <p>E3: Inventario de Habilidad de Cuidado –CAI–</p> <p>E4: Evolución de calidad de vida: Cuestionario para la evolución de calidad de vida: WHOQOL-BREF.</p> <p>60 Min</p>	<p>E5: En primer lugar en este momento se llevará a cabo la firma con la huella con pintura en el cartel de los acuerdos de participación. Adicionalmente, en esta Estación se entregará a cada participante el material (Cuaderno), Bolsa del Programa, Esfero, Lápiz.</p> <p>Se presentará la estrategia del diario como herramienta narrativa donde pueden desarrollar las premisas de los talleres, así como el registro de sus experiencias, se establecen los criterios de confidencialidad para compartir sus contenido en las sesiones. Como cierre debe confirmarse la segunda sesión. 15 Min.</p> <p>Tenga en cuenta:</p> <p>Registrar la Asistencia.</p> <p>Desarrollar la Relatoría del taller.</p> <p>Desarrollar el Cartel de acuerdo de compromisos de participación.</p> <p>Garantizar la participación de todos los integrantes del grupo.</p> <p>Desarrollar los consentimientos informados.</p> <p>Desarrollar a todos los participantes los instrumentos de caracterización.</p> <p>Registrar fotográficamente los productos de las actividades, como parte de los insumos para el análisis cualitativo del programa. Evaluar el taller.</p>

Eje	Taller		Propósito	Pregunta Orientadora
Corporalidades 2	Resignificación del Cuidado desde la Corporalidad	Que cuidadoras y cuidadores identifiquen fortalezas y habilidades que han estado presentes en su proceso como cuidadoras y que les han permitido enfrentar situaciones en su cotidianidad.	Fortalezas, habilidades, necesidades, aprendizajes, personas importantes en su rol de cuidado, núcleos de interés individual y colectivos.	
		Que cuidadoras y cuidadores identifiquen y construyan socialmente significados respecto al cuerpo, como escenario a través del cual perciben, exploran y conocen	¿Cómo he experimentado mi corporalidad a lo largo de mi vida y en mi rol de cuidador? Significados construidos acerca de la corporalidad, relaciones entre corporalidad y cuidado.	
1. Acogida.		2. Desarrollo del Taller		
El dúo formador desarrollar un momento inicial para acoger, saludar y dar la bienvenida al taller, usando expresiones verbales y no verbales de aceptación, escucha y apoyo.		<p>Corpograma: 40 Min.</p> <p>En esta actividad la imagen corporal se registra a través de la construcción del Corpograma que tiene tres fases, la primera es el dibujo del cuerpo desnudo, seguida de ubicar las categorías de análisis identificadas.</p> <p>A cada participante se le comparte un pliego de papel periódico o papel kraft y se dispondrá en el centro del espacio materiales como marcadores, colores, temperas-pinturas.</p> <p>Se le indicará que cada uno realice un dibujo de su cuerpo desnudo, y ubique en él las categorías: “Me gusta”, “No me gusta”, “Me dificulta el cuidado”, “Me facilita el cuidado” “Dolor”, “Molesta” y “Lesión” con colores distintos. Se orienta mientras la actividad que relacionen las categorías con su rol de cuidado. El líder o lideresa del dúo formador, también realizará su Corpograma.</p> <p>Luego se invita a los participantes a presentar y compartir su Corpograma, en caso de que la socialización no se de espontáneamente, se iniciará la socialización con el Corpograma del integrante del dúo formador, para dinamizar el ejercicio.</p> <p>Durante la socialización (30 Min), registren los elementos convergentes y divergentes de tal forma que se vaya retroalimentando el análisis, y al final de las presentaciones de Corpogramas se presenten elementos para construir un consenso, sobre: Como el cuidado se refleja en nuestros cuerpos, y como el cuerpo es reflejo de las vivencias cotidianas, y Relaciones entre corporalidad y cuidado.</p>		
Se realiza una descripción general los momentos de la sesión, y se invita a los participantes quién quiere compartir los relatos que han consignado en el diario. 10 Min.				

5. Receso de 15 minutos	
Desarrollo del Taller	Construyamos, comprometámonos y Cierre
<p>En este momento se presenta como consiga que cada participante identifique un grupo de palabras que represente su experiencia de cuidado y registrarlos en una hoja. 10 Min.</p> <p>Continuando el taller se organizarán tres grupos, buscando una distribución numérica equitativa. En estos grupos s cada participante compartirá las palabras que identificó y seleccionará la más representativa en relación a su experiencia, con estas palabras cada grupo debe construir una muestra de estatuas humanas que representen las palabras de cada uno. 20 Min.</p> <p>Los otros dos grupos describirán las muestras de sus compañeros, luego de la presentación de las tres muestras, en plenaria se socializarán las palabras elegidas y su relación con la representación corporal (estatua humana) desarrollada.</p> <p>El dúo formador desde las palabras y representaciones corporales identificará elementos sobre (30 Min)</p> <p>Nociones de cuidado</p> <p>Rol del cuidado, decisión o imposición</p> <p>Impacto del cuidado.</p>	<p>Luego de la socialización (Conozcamos un poco más), el grupo transitará en grupos de tres personas por las siguientes estaciones:</p> <p>E1: Aspectos positivos del cuidado. E2: Aspectos negativos del cuidado. E3: Fortalezas como cuidadores. E4: Habilidades a fortalecer como cuidador. E5: Personas importantes en el rol de cuidado. E6: Intereses individuales y colectivos. E7: Cómo me cuido.</p> <p>En cada estación encontrarán un enunciado Identifiquen...y el nombre de la estación, por ejemplo: Identifiquen los aspectos positivos del cuidado.</p> <p>Cada estación contará con hojas de papel para que se identifiquen en dos o tres palabras, y se forme un mosaico en cada estación, deberán pegarse las palabras en el piso o en la pared. Es importante recordar que en lo posible si hay elementos coincidentes se ponga un punto a la palabra, y se agregue al mosaico una diferente. (25 Min)</p> <p>Luego del recorrido simultáneo por las estaciones, el dúo formador hará en cada estación una Relatoría de lo construido, con la intención de identificar consensos, y en referencia a la última estación, intentar establecer como compromiso el reflexionar cómo cuidar a quien cuida. (20 Min)</p>

Elementos conceptuales...que orientan.

El análisis de las experiencias de cuidadores es complejo y debe responder a una perspectiva multidimensional (Jesús Rogero-García, 2010), entre los efectos negativos relacionados con la salud de los cuidadores se encuentran los emocionales, como el pérdida de sensación de control y autonomía, depresión, estrés psicológico, estados de ánimo bajo, sentimiento de culpa y frustración. Estos se presentan por ejemplo por experimentar restricciones en el desarrollo de actividades personales, laborales y recreativas. Estas situaciones de estrés continuados pueden llevar al Síndrome de Burnout caracterizado por síntomas de agotamiento emocional, despersonalización en el trato e inadecuación con las tareas de cuidado.

Desde el punto de vista de Redes sociales, los roles de cuidado suelen confinar al cuidador la mayor parte del tiempo en el hogar, aumentando su dedicación a labores domésticas y reducción del tiempo destinado al ocio y tiempo libre limitando la posibilidad de establecer y mantener relaciones sociales, así mismo impacta la calidad de esas relaciones. Por su parte como efecto positivo, se ha identificado el aumento de la cohesión familiar.

Entre los aspectos físicos que se afectan en los cuidadores, se han reportado mayores tasas de morbilidad que el resto de la población, así como experiencias de cansancio físico, deterioro de salud y escases de tiempo para actividades de autocuidado. Por su parte entre los efectos positivos en salud, se encuentran los psicosociales como: satisfacción por ayudar a otro, mayor seguridad en si mismo, fortalecimiento de relaciones y de empatía. (Jesús Rogero-García, 2010).

Por su parte, en relación a aspectos económicos negativos³⁶, se encuentran: a) costes directos adicionales relacionados con bienes y servicios para el cuidado (adaptación de la vivienda, ayudas técnicas, traslados y desplazamientos); lo que hace necesario la redistribución de los recursos disponibles, b) costes indirectos, como la reducción de productividad del cuidador en el mercado laboral³⁷, mermando los recursos disponibles y menor la capacidad de ahorro. Si bien, en la literatura se plantean como efectos económicos positivos las prestaciones monetarias públicas (Jesús Rogero-García, 2010), en el contexto colombiano estas prestaciones no existen.

Tenga en cuenta:

Registrar la Asistencia. Desarrollar la Relatoría del taller. Registrar fotográficamente los productos de las actividades, como parte de los insumos para el análisis cualitativo del programa. Evaluar el taller.

³⁶ En Colombia, cifras sobre uso del tiempo y carga global de trabajo revelan que el tiempo que dedican las mujeres a las actividades domésticas y de cuidado no remuneradas, es casi el doble del tiempo invertido por los hombres, y a su vez el tiempo de trabajo remunerado es menor (DANE, 2013).

³⁷ Por razones como: (a) el abandono del trabajo, (b) una reducción de las horas de trabajo pagado, (c) mayores dificultades para abandonar el desempleo, (d) un incremento del estrés o cansancio, o (e) mayores dificultades para realizar formación en horario extralaboral. (Jesús Rogero-García, 2010).

Eje		Taller	Propósito	Pregunta Orientadora
Emocionalidad	3	Transformaciones del cuidado	Que cuidadores y cuidoras identifiquen los recorridos como cuidadores, así como analizar críticamente el impacto del cuidado en sus vida	<div>¿Cómo decidi ser cuidador? ¿Cuándo empieza una persona a ser cuidadora?</div> <div>¿Cómo me afecta el cuidar? Fortalezas y necesidades de ser cuidador</div>
1. Acogida.		2. Desarrollo del Taller		
<p>El dúo formador desarrollar un momento inicial para acoger, saludar y dar la bienvenida al taller, usando expresiones verbales y no verbales de aceptación, escucha y apoyo.</p> <p>Se describen los momentos y se invita a los participantes a socializar algunos de los temas y aprendizajes de las dos sesiones anteriores, así como a compartir los relatos que han consignado en el diario. 10 Min.</p>		<p>El espacio se organizará libre de sillas y obstáculos y se ubicarán a los costados colchonetas.</p> <p>El grupo de participantes se organizará en un círculo tomados de las manos y con los ojos cerrados, el dúo formador orientará al grupo, que camine en un sentido, lentamente, mientras se realiza el movimiento en grupo se solicita que cada cuidador recuerde como inició su rol de cuidado. Se orientará al grupo que abran los ojos y en silencio deambulen lentamente por el espacio y busque un lugar para sentarse o recostarse sobre una colchoneta. En caso de que el cuidador no pueda usar la colchoneta puede ubicarse en una silla. (10 Min)</p> <p>Se orienta a los participantes a que se ubiquen en una posición cómoda con los ojos cerrados y recuerden cómo iniciaron su rol de cuidado durante 10 minutos.</p> <p>Luego se organizarán grupos de cuatro personas y se propiciará que se compartan las experiencias de cuidado de cada participante, cómo inicio, cómo tomaron la decisión de ser cuidadores, quién participó en la decisión.</p> <p>Cada grupo desarrollará en una cartelera una puesta en común de las experiencias compartidas, como si fueran caminos o rutas donde el punto de partida es el momento o situación que dio paso al cuidado, y los caminos que se dieron, reconocimiento las diversas experiencias que se pueden relatar, intentando encontrar en el grupo puntos comunes y situaciones emergentes. (40 Min)</p> <p>Se socializarán las rutas y caminos contruidos por los grupos, de las narraciones de los grupos el dúo formador identificará elementos sobre las razones de llevan al cuidado. Y las etapas del proceso de adquisición del cuidado, cerrará esta actividad presentando estos elementos y poniéndolos en común ante el grupo, para identificar si hay elementos complementarios que el grupo identifique como relevantes. (10 Min)</p>		

3. Receso de 15 minutos

4. Conozcamos un poco más

<p>El dúo formador retomará el taller, recordando los elementos que emergieron de la actividad anterior, y entrelazándolas con elementos conceptuales e invitando a los participantes a reflexionar sobre cuales podrían corresponder a su experiencia y como estas razones hacen que su experiencia de cuidado sea más o menos satisfactoria: 30 Min.</p> <p>¿QUÉ RAZONES LLEVAN A CUIDAR?³⁸</p> <p>La mayoría de las personas que cuidan a sus familiares están de acuerdo en que se trata de un deber moral que no debe ser eludido y que existe una responsabilidad social y familiar, unas normas sociales, que deben ser respetadas. Sin embargo, no es ésta la única razón que puede llevar a las personas a cuidar a sus familiares. Las personas cuidadoras señalan otros motivos para prestar cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none">• Por motivación altruista, es decir, para mantener el bienestar de la persona cuidada porque se entienden y comparten sus necesidades.• Por reciprocidad, ya que antes la persona cuidada les cuidó a ellos.• Por la gratitud y estima que les muestra la persona cuidada.• Por sentimientos de culpa del pasado: algunas personas cuidadoras se toman el cuidado como una forma de redimirse, de superar sentimientos de culpa creados por situaciones del pasado.• Para evitar la censura de la familia, amigos, conocidos, etc., en el caso de que no se cuidara el familiar en casa.• Para obtener la aprobación social de la familia, amigos, conocidos y de la sociedad en general por prestar cuidados.	<p>¿CUÁNDO EMPIEZA UNA PERSONA A SER CUIDADORA?</p> <p>En la mayoría de los casos, una persona no se convierte en cuidadora de un día para otro. El proceso de adquisición del papel de prestador de cuidados, que es más o menos largo en función de múltiples factores, es de suma importancia ya que influye sustancialmente en la forma en que posteriormente se prestan los cuidados y en cómo se sienten los y las cuidadoras.</p> <p>Convertirse en cuidador de un familiar mayor dependiente es un proceso de ajuste en el que se pueden distinguir una serie de fases de adaptación a la nueva situación y que son experimentadas por la mayoría de las personas cuidadoras.</p> <p>Se presentarán las fases del recuadro siguiente, invitando a los participantes a identificar desde su experiencia las fases por las que han pasado y la fase en que se encuentran actualmente.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

³⁸ Tomado de Guía de Apoyo a Familias Cuidadoras de Personas Mayores. Servicio de Tercera Edad. Departamento de Intervención Social. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

Fase 1: NEGACIÓN O FALTA DE CONCIENCIA DEL PROBLEMA

En los primeros momentos del proceso de enfrentarse a la enfermedad de una persona del entorno familiar es frecuente que se utilice la negación como un medio para controlar miedos y ansiedades. Así, es común encontrarse con que la persona se niega a aceptar las evidencias de que su familiar padece una enfermedad (o varias) que le lleva a necesitar la ayuda de otras personas para mantener su adaptación al medio.

Fase 2: BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN Y SURGIMIENTO DE SENTIMIENTOS DIFÍCILES

A medida que la persona que proporciona los cuidados va aceptando la realidad, empieza a darse cuenta de que la enfermedad de su familiar no sólo va a influir en la vida de éste, sino que también va a alterar profundamente su propia vida y la de las personas que le rodean. Las personas cuidadoras, en esta fase, comienzan a buscar información para aprender lo máximo posible acerca del trastorno o trastornos que sufre su familiar y sobre sus posibles causas. En este momento son muy comunes entre los y las cuidadoras los sentimientos de "malestar" por la injusticia que supone el que les haya "tocado" a ellos vivir esa situación. El enfado, la rabia, la frustración, son respuestas humanas completamente normales. Estos sentimientos son difíciles de manejar, y sobrellevarlos sin tener medios adecuados para que la persona que cuida "tome conciencia" de estos sentimientos y pueda hablar de ellos de manera clara y sincera con alguna persona de su confianza.

Fase 3: REORGANIZACIÓN

A medida que pasa el tiempo, los sentimientos de ira y enfado pueden continuar. La vida ha perdido el sentido habitual hasta ese momento y las nuevas responsabilidades crean una carga pesada para la persona que cuida. Sin embargo, se gana algo de control, ya que la persona que cuida dispondrá de las herramientas necesarias para afrontar adecuadamente la situación del cuidado (cuenta con la información y recursos externos de ayuda, con la voluntad de la familia para compartir la responsabilidad y con una idea más precisa de los problemas a los que hay que enfrentarse). Este período de reorganización tendrá como resultado el desarrollo de un patrón de vida más normal. La persona que proporciona los cuidados se sentirá progresivamente con más control sobre la situación y aceptará mejor estos cambios en su vida.

Fase 4: RESOLUCIÓN

Con ese aumento del control sobre la situación y el reconocimiento de que ese aumento del control será capaz de manejar y sobrellevar los cambios y desafíos que supone y supondrá la situación de cuidado, surge un nuevo período de adaptación que, desgraciadamente, no es alcanzado por todos las personas cuidadoras. En este estadio del cuidado, las personas que cuidan son más capaces de manejar con éxito las demandas de la situación, siendo más diestros en la expresión de sus emociones.

5. Construyamos.....Comprometámonos

Luego se divide a los participantes en cuatro grupos, y se les asigna una de las etapas, para que en grupo y con la orientación del dúo formador, construyan una matriz con estrategias que desde su experiencia han usado, relacionando recursos del familiares, comunitarios y municipales que se pueden vincular. Así como los vacíos con los que se encuentran en cada etapa. (30 Min)

Se socializan las construcciones de cada grupo, a medida de que cada grupo presenta el resto de los participantes complementan o presentan elementos adicionales, para enriquecer cada matriz, generándose una matriz de cada etapa en plenaria. Para esta matriz es fundamental incluir recomendaciones de estrategias a desarrollar en casa. (25 Min).

Como cada vivencia es distinta, los compromisos particulares se consignarán en el Diario, y se establecerá como premisa, registrará cómo se ponen en juego estas recomendaciones en su rol cotidiano de cuidado.

Tenga en cuenta:

Registrar la Asistencia. Desarrollar la Relatoría del taller. Registrar fotográficamente los productos de las actividades, como parte de los insumos para el análisis cualitativo del programa. Evaluar el taller.

Eje	Taller		Propósito	Pregunta Orientadora
Emocionalidad	4	Las emociones en el proceso de cuidar	Entender que las tareas afectan a los pensamientos, sentimientos y comportamientos, así como reconocer las emociones y sus funciones en la cotidianidad.	¿Qué situaciones o acciones le causan malestar en su rol de cuidador? ¿qué conductas experimenta ante situaciones de malestar? ¿Cómo reemplazar los pensamientos inadecuados por pensamientos más adaptativos? ¿Qué sentimientos describen su experiencia como cuidador?
1. Acogida				
El dúo formador desarrollar un momento inicial para acoger, saludar y dar la bienvenida al taller.		Se organizan cuatro grupos para el trabajo colectivo sobre el caso, para su posterior puesta en común, buscando que la actividad reflexiva permita ilustrar cómo puede funcionar el modelo SPS en la vida real y que las personas participantes diferencien situación, pensamientos, sentimientos y conductas. El dúo formador debe propiciar y animar a la participación; además, se puede ir aclarando, si es necesario, cuál es la situación, cuáles son los pensamientos, los sentimientos descritos y las conductas en el ejemplo. 15 Min.		
Se realiza la descripción general los momentos del taller. Y se invitará a los participantes quien quiere compartir los relatos que han consignado en el diario de acuerdo a los compromisos del encuentro anterior. Recuerdo de ideas principales del taller anterior a través de exposición participada. 10 Min.		<p>Ejercicio Lidia³⁹: Lidia cuida a su esposo, David, que ha sufrido una trombosis. David todavía puede realizar por sí mismo algunas actividades como pasear y comer, pero necesita ayuda para otras, como vestirse y bañarse. Hoy, David y Lidia van a salir. Lidia le dice que se vaya vistiendo. Al cabo de un rato, Lidia entra en la habitación y David está a medio vestir. Lidia, mientras le mira, piensa: "David nunca me hace caso, no aprecia todo lo que hago por él, siempre me lleva la contraria y lo hace a propósito para fastidiarme, es un desagradecido". Lidia alza la voz y le dice: "no merece que me sacrifique por ti", y sale dando un portazo.</p> <p>En relación a este ejemplo, en grupo construyan una respuesta sobre: ¿Cuál es la situación o acción que causa el enfado de Lidia? ¿Cuáles son los pensamientos que Lidia tiene sobre esta situación? ¿Cuáles son los sentimientos de Lidia? ¿Cuál es la conducta de Lidia? Se socializan las respuestas del grupo y se orientan las diferencias entre situación, pensamientos,</p>		

³⁹ Actividad modificada a partir de propuesta de Guía de atención a las personas cuidadoras. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios . Gobierno del Principado de Asturias. 2006.

sentimientos y conductas. 20 Min.	
<p>El dúo formador presenta y explican las seis formas negativas de pensar, haciendo referencia a experiencias y ejemplos.(10 min)</p> <p>Hacer frente a una situación que no puede ser cambiada:</p> <p>El primer paso para controlar el malestar es reconocer los pensamientos que lo provocan.</p> <p>El segundo paso para su control es evaluar nuestros pensamientos y tratar de ver lo ocurrido desde distintos puntos de vista.</p> <p>El tercer paso es cambiar los pensamientos: desarrollar pensamientos más positivos o adaptativos que nos ayuden a controlar el malestar.</p> <p>A. Reconocimiento de Sentimientos</p> <p>Seis maneras de pensar negativamente, que son comunes en la vida diaria</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pensar: "Todo o nada" Filtro Mental , nunca, nadie 3. Sacar conclusiones precipitadamente 4. Pensar: "Yo Debería" o "No Debería" 5. Etiquetar (poner adjetivos de forma generalizada) 6. Personalizar <p>Recordando el caso de Lidia⁴⁰, en grupo seguimos su vivencia. (15 Min)</p> <p><i>Lidia cuida a su esposo, David, que ha sufrido una trombosis. David todavía puede realizar por sí mismo algunas actividades como pasear y comer, pero necesita ayuda para otras como vestirse y bañarse.Hoy, David y Lidia van a salir. Lidia le dice que se vaya vistiendo. Al cabo de un rato, Lidia entra en la habitación y David está a medio vestir. Lidia, mientras le mira, piensa: "David nunca me hace caso, no aprecia todo lo que hago por él, siempre me lleva la contraria y lo hace todo a propósito, es un desagradecido". Lidia alza la voz y le dice: "no merece que me sacrifique por ti", y sale dando un portazo.</i></p> <p>En ese ejemplo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuáles son los pensamientos negativos de Lidia? 2. Reemplacen las formas negativas de pensar del ejercicio anterior por pensamientos más positivos. Socialización por grupos (15 Min) 	
3. Receso de 15 minutos	

⁴⁰ Actividad modificada a partir de propuesta de Guía de atención a las personas cuidadoras. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios . Gobierno del Principado de Asturias. 2006.

<p>4. Conozcamos un poco más (20 Min)</p>	<p>El dúo formador, continúa la retroalimentación en base a la socialización por grupos con los pasos 2 y 3.</p> <p>B. Evaluando los pensamientos Hacerse preguntas sobre la situación: Los siguientes son ejemplos de preguntas que se pueden hacer para evaluar una situación que causó malestar.</p> <p>A. ¿Siempre pasa esto? ¿O hay un día o algún momento en que “esto” no sucede? B. ¿Cuáles son los hechos que apoyan este pensamiento? Por ejemplo: preguntar a sí mismo/a sobre los hechos a “favor” del pensamiento, así como en “contra” del pensamiento. Por ejemplo: B1. ¿Es esto verdad o es sólo una creencia persistente mía? ¿Se pondrá realmente peor si faltó unos días de casa o es sólo el miedo que tengo a que eso pueda pasar? B2. ¿Hay otras alternativas posibles u otras posibilidades que considerar? Por ejemplo: quizás está haciendo esto debido a la enfermedad, y no porque quiera enfadarme.</p> <p>C. Reemplazando los pensamientos negativos (inadecuados) por otros más positivos y efectivos Por ejemplo: dada la evidencia de que mis pensamientos no pueden ser ciertos, voy a ver la situación y a pensar en ella de una manera diferente.</p> <p>Otros ejemplos: <i>No es verdad que siempre haga esto; la mayoría de las veces es lo contrario.</i> <i>Puedo haber cometido un error al (especificar una situación), pero un error no quiere decir que yo sea una mala (persona, esposa, ama de casa). Normalmente no cometo errores como cuidadora.</i> <i>Es lógico que me sienta atrapada, pero no me ayuda pensar en ello. Es mejor pensar en soluciones para resolver mi problema que perder tiempo en mis sentimientos.</i></p> <p>PENSAR TODO O NADA: Mantener todo en perspectiva. FILTRO MENTAL: Mantener una visión amplia de las situaciones y las personas. Aceptar y afirmar lo positivo. SACAR CONCLUSIONES PRECIPITADAMENTE: No adivinar, preguntar. PENSAR “DEBERÍA”: Hay más de una manera de hacer las cosas bien. Cada persona tiene derecho a ver y hacer las cosas de forma distinta. ETIQUETAR: Somos más que la suma de nuestros errores o imperfecciones. PERSONALIZAR: No hay que asumir la culpa por el comportamiento de los demás.</p>
--------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>En parejas se entrega el cuestionario⁴¹ (Ver Anexo No. 14) (10 Min) , para así reconocer reconoczan los sentimientos más frecuentes en el proceso de cuidar por parte de la persona cuidada y la cuidadora, para luego realizar la puesta en común.</p> <p>El dúo formador debe orientar la importancia de los sentimientos son reacciones lógicas que corresponden a situaciones duras y difíciles, como el cuidado; reconocerlos y llamarlos, significa que sabemos lo que nos sucede y podemos en cierta forma manejarlas y controlarlas. Ruta: Lo que pienso, lo que siento y lo que hago. (15 Min)</p> <p>Posteriormente, se organizan tres grupos, cada uno hace el recorrido por tres estaciones: (15 Min)</p> <p>E1: Emociones y salud</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Qué emociones creen que favorecen su salud y cuáles no. 2. Cómo identifico en mi cuerpo que me siento: triste, alegre, enfadada, con miedo <p>E2: La Tristeza</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Piensen en tres o cuatro situaciones que les entristecen: 2. Elijan una de ellas y contesten las siguientes cuestiones. 3. Cuando nos encontramos en esa situación pensamos que... 4. En esa situación lo que hacemos es... 5. Después nos encontramos... <p>E3: La culpa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifiquen 10 cualidades que debe reunir una buena persona cuidadora: 2. Si en vuestra vida cotidiana no podéis alcanzar esos ideales, ¿Cómo nos sentimos? 3. ¿Qué podemos hacer para mitigar la culpa malsana? <p>Las respuestas por grupos se registrarán en carteleras y se dispondrán en la pared en cada punto de estación.</p>
6. Comprometámonos (30 min)	<p>El dúo formador, recorrerá cada estación propiciando que frente a las respuestas y consensos, se proceda a identificar estrategias sobre como proceder ante estas situaciones. Se deben establecer recomendaciones generales y registrar en el diario, los compromisos particulares en razón de la experiencia con las emociones de cada cuidador. 15Min.</p>

⁴¹ Formato tomado de Guía de atención a las personas cuidadoras. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios . Gobierno del Principado de Asturias. 2006.

<p>Para finalizar se realizará un ejercicio de relajación. 15 Min.</p>	<p>Pasos para la respiración profunda</p> <p>La persona deberá estar sentada o recostada</p> <p>Coloque una mano en el estómago, justamente encima del ombligo, y la otra mano sobre el pecho. Inhale lentamente y trate de hacer que su estómago se eleve. Exhale lentamente y deje que su estómago baje.</p> <p>Ejercicio de relajación</p> <p>Se puede realizar en cualquier lugar o situación.</p> <p>La postura puede ser sentado/a o acostado/a.</p> <p>Se trata de tensar todos los grupos de músculos a la vez, durante 5 a 10 segundos:</p> <p>Cerrar los puños. Doblar los brazos por los codos intentando tocarse los hombros con los puños.</p> <p>Encoger los hombros. Apretar la cabeza (contra el sillón, si se tiene) hacia atrás y tensar la nuca.</p> <p>Cerrar los ojos y apretarlos con fuerza.</p> <p>Apretar los dientes y los labios.</p> <p>Extender las piernas y elevar los talones del suelo para tensar los músculos del estómago.</p> <p>Coger aire profundamente.</p> <p>Después, dejarse caer en la silla, permitiendo que todo el cuerpo se relaje lo más posible.</p> <p>Permanecer así, concentrándose en una imagen mental relajante y respirando tranquilamente.</p> <p>La imagen mental puede referirse a lugares o situaciones muy relajantes.</p>
<p>Tenga en cuenta:</p> <p>Registrar la Asistencia.</p> <p>Desarrollar la Relatoría del taller.</p> <p>Registrar fotográficamente los productos de las actividades, como parte de los insumos para el análisis cualitativo del programa.</p> <p>Evaluar el taller.</p>	

Encuentros de Construcción en Domicilio: Fortalecimiento y Seguimiento

Fortalecimiento de habilidades de cuidado en Domicilio

Reconociendo que posiblemente encontraremos realidades de cuidado que no permitan el desplazamiento a EnCoCo, ya sea por la complejidad de las condiciones de salud o dependencia del familiar receptor del cuidado, o por la distancia entre los lugares de residencia, por ejemplo veredas. Se dispondrá de una oferta de fortalecimientos para cuidar y cuidarse en domicilio, a partir del análisis de los resultados de la caracterización o identificación de casos en EnCoCo y En Red Ando.

Esta estrategia de fortalecimiento en domicilio estará a cargo de los profesionales del equipo base, quienes junto con los cuidadores y en base a la lectura de realidades y resultados de caracterización, definirán en cada caso las prioridades a retomar en el trabajo en domicilio. Las acciones se fundamentarán en los ejes y contenidos de EnCoCo. No obstante, deberán ser adaptados para el trabajo particular y las prioridades del cuidador para cuidar y cuidarse. Estos acompañamientos tendrán una duración de 3 horas en domicilio para cada una de las dos sesiones mensuales. En caso de identificarse, situaciones coyunturales que requieran de más sesiones o de mayor intensidad, se evaluará con el equipo de base cada caso.

Acciones de Acompañamiento en Domicilio

Durante el desarrollo de EnCoCo, y en el marco del proceso de evaluación cualitativo se podrán identificar realidades de cuidado que requieran de acompañamiento in situ, en los domicilios. La identificación de estos casos se realizará en el marco de las experiencias compartidas en los talleres, y tendrá como propósito realizar un acompañamiento para la incorporación y apropiación de los contenidos y aprendizajes en la cotidianidad.

Estos acompañamientos se desarrollarán a demanda, pero al menos deben contemplar a los cuidadores y cuidadoras que en el proceso de caracterización presentan mayor complejidad en sus resultados.

Estas dos actividades se registrarán en el formato de Acta de Encuentros en Domicilio.

Respiros, Articulación con Centros Día y Agenda para Cuidar y Cuidarse del Municipio

Respiros

Luego del proceso de caracterización se identificarán y priorizarán los casos para la inscripción de cuidadores y cuidadoras en el servicio de Respiros del Municipio. Este servicio como parte del programa, dispondrá de un equipo de enfermería que desarrollará el rol de cuidado de acuerdo a las necesidades de cada caso. Los respiros podrán realizarse por máximo 8 horas a la semana y máximo 32 horas al mes, se tendrá una oferta de respiro de lunes a viernes por parte de dos profesionales de enfermería, es decir 12 horas/día en total. La participación en Respiros, requiere del registro de las acciones en el formato de acta del programa.

Luego de la caracterización, durante la inscripción al servicio se identificarán las necesidades del cuidador y el profesional de enfermería orientará al cuidador en base a sus necesidades y expectativas sobre las opciones para la programación de los Respiros.

Articulación con Centro Día

Como parte del programa se articularán los Respiros con la oferta en Centros Día, por tanto durante EnCoCo, En Red Ando, Acciones en Domicilio, y espacios de Comunicación, se informará continuamente sobre los servicios del Centro Día del Municipio.

Agenda Para Cuidar y Cuidarse del Municipio

Así mismo, del ejercicio de Inventarios de Estrategias para cuidar y cuidarse de En Red Ando, se creará por parte del Equipo Base la agenda para Cuidar y cuidarse del Municipio, de tal forma que constantemente se actualice e informe a la ciudadanía sobre la oferta, esta se comunicará en los EnCoCo, y demás escenarios del programa, especialmente en los lugares de mayor acceso de la comunidad, así como en la radio municipal.

Cuarto Momento: En Red Ando

Este momento busca propiciar espacios de encuentro entre los representantes de las entidades municipales alrededor del cuidado, y representantes de las organizaciones sociales, cuidadores y cuidadoras en torno a la construcción y puesta en marcha de una Red de Trabajo Municipal en pro del cuidado, y del cuidado de los cuidadores y cuidadoras.

Naturaleza de la Red

Esta Red, como parte del Acuerdo Municipal del programa desarrollado en el primer momento, permitirá que los profesionales participen e incorporen su participación dentro de sus jornadas laborales. Se realizarán sesiones mensuales, las cuales estará lideradas por el Referente de Salud Pública del Municipio, y el equipo base del programa. Podrá realizarse como complemento del Comité Municipal de Planeación o de Desarrollo Social, de tal forma que permita continuar el trabajo en los escenarios de encuentro ya instaurados. De ser imposible extender estas sesiones se identificará un momento específico de encuentro. Cada sesión tendrá una duración de dos horas, y podrá ser itinerante por las diferentes entidades, de tal forma que no se sobrecargue a una sola entidad con la logística de las sesiones.

Como se presento en el primer momento del programa la sesión estratégica, se constituye en el primer encuentro de En Red Ando, en la segunda sesión se establecerá la agenda de trabajo y la metodología, así:

- Establecimiento de Acuerdos: En la primera sesión se establecerán los acuerdos de trabajo, participación y agenda de las sesiones mensuales.
- En cada sesión se desarrollará una relatoría de las acciones realizadas, discusiones consensos y compromisos establecidos. Esta relatoría estará a cargo del equipo base del programa, y deberá ser enviada al total de participantes máximo en tres días hábiles después de la sesión. Esta acta (Ver Anexo No. 15) debe ser leída y aprobada en la siguiente sesión por el grupo de participantes. De cada sesión se registrará la asistencia de las y los participantes (Ver Anexo No.10).
- Metodología: se fundamenta en la comunicación y trabajo en equipo, por tanto es fundamental que cada entidad seleccione un representante con estas características y que logre dinamizar los consensos y compromisos de la Red en

su entidad. Las sesiones se fundamentarán en el desarrollo de la agenda de trabajo, la cual se construirá conjuntamente, no obstante debe tener como elementos mínimos:

- Activos en salud y calidad de vida de cuidadores en el municipio.
- Iniciativas actuales de trabajo en red del municipio.
- Identificación de necesidades situadas del cuidado y cuidado de los cuidadores en el Municipio.
- Plan de trabajo en base a necesidades y matriz de oportunidades.
- Seguimiento al plan de trabajo.

En Red Ando, tendrá como etapas:

Caracterización de Activos para el Trabajo en Red

Identificación y caracterización de organizaciones sociales (discapacidad, asociaciones de usuarios, asociaciones de padres, cuidadores): en esta sesión se identificarán las organizaciones sociales que se encuentran en el municipio. Así mismo se realizará la identificación y caracterización de redes interinstitucionales e intersectoriales. Para esta etapa se utilizará como metodología el Mapa de Actores y relaciones⁴² (Cartografía), así:

Mapa de actores y Relaciones para el cuidado y cuidado de cuidadores.

Intención: Reconocer las acciones comunitarias e institucionales relacionadas con el cuidado en el Municipio, a través de la lectura crítica y reflexiva sobre las relaciones que hemos tejido para identificar las potencialidades que contiene, así como aquellas que queremos transformar para garantizar mejores condiciones y oportunidades para cuidar y cuidarse en el Municipio. Capacidades Ciudadanas: Participación activa y con incidencia, relacional con la política pública, vivencias y estrategias institucionales.

Recursos: Lápices, colores, marcadores y plumones, pliegos de papel kraft o bond, vinilos, pinceles, cinta.

Capacidades que se fortalecen: Actuaciones colectivas, relacionales y gestión solidaria. Reconocimiento del cuidado, y cuidadores, actuaciones colectivas, relacionales y gestión solidaria.

Desarrollo del taller:

Primera Parte 1.

Organizamos grupos de trabajo conformados por diferentes actores institucionales y comunitarios. Esto porque al asumir al Municipio a partir de las características de los diferentes actores y sus experiencias vitales, van a emerger lecturas diversas que

⁴² Metodología adaptada del proceso de fortalecimiento institucional de la Estrategia de Cero a siempre del Ministerio de Educación de Colombia. 2014.

enriquecen la cartografía social.

Entregamos luego pliegos de papel y les pedimos que identifiquen en su interior a los actores de su municipio que desarrollan acciones o adelantan proyectos en torno a la cuidado, y cuidado de cuidadores y/o que consideran son potencias, logros, o resultan fundamentales para cuidar y cuidarse, teniendo en cuenta a la misma comunidad, organizaciones, agrupaciones o equipos y otros actores institucionales, y resaltando qué hace cada uno de estos.

Luego les pedimos que tracen las relaciones que entre ellos se dan, utilizando las siguientes convenciones, según corresponda:

..... Identifica las relaciones armónicas y de articulación

- - - - - Identifica las relaciones débiles

..... Identifica las relaciones de tensión

+++++++ Identifica la ausencia o las rupturas de relación, que sería importante superar.

4. Posteriormente los equipos comparten los resultados de sus mapas de actores y relaciones, estableciendo aspectos problematizantes a partir de las relaciones de tensión y conflicto, así como de aquellos aspectos leídos como potencias desde la existencia de actores que aportan a las acciones de cuidar y cuidarse, las relaciones armónicas y articulación.

Segunda parte

Con el propósito de establecer posibles acciones o alternativas de *movilización* en torno a la realización de derechos y el desarrollo integral para cuidar y cuidarse se propone a hora a los participantes un ejercicio de conocimiento y reconocimiento del Municipio en términos de experiencias (históricas, actuales y posibles) de movilización e incidencia social y/o política, de dinámicas de participación colectiva o de expresión pública de necesidades y problemáticas de los actores y sus comunidades. Es importante contextualizar el concepto de *movilización social*, ya que esta apuesta es la que dimensiona todo el trabajo siguiente de elaboración de los mapas.

Se solicita entonces a los participantes que se organicen en tres grupos: 1. los de movilizaciones en el *territorio* en el pasado; 2. en el presente, y 3. las proyecciones de movilización social en el futuro cercano referida con mayor especificidad al beneficio de las cuidadoras, cuidadores y receptores del cuidado.

Al primer grupo les pedimos que reflexionen sobre algunos hitos históricos de movilización en su municipio en general, es decir en beneficio de diversas poblaciones, específicamente en favor de las realizaciones de derechos de cuidadoras, cuidadores y receptores de cuidado. Para ello contarán con la pregunta orientadora ¿Cómo ha sido la movilización social en su municipio o territorio?

Al segundo grupo le pedimos que reflexione sobre algunas experiencias actuales de movilización en su municipio alrededor de la pregunta ¿Cómo es la movilización en su municipio?

El último grupo tendrá la siguiente pregunta orientadora ¿Cómo puede ser la movilización social en nuestro territorio por el cuidar y cuidarse desde la calidad de vida y el desarrollo humano?

Dichas reflexiones se condensarán en un ejercicio de mapas sociales, uno por cada una de las anteriores preguntas, es decir un mapa por aquello que ha sido la movilización social en el municipio, otro por aquello que es actualmente y otro más por aquello que puede ser en el futuro, así:

Pedimos que cada uno de los grupos dibuje el mapa de su territorio, que determine los actores (personas, instituciones, organizaciones, comunidades), aquí se puede retomar preguntas de la línea de vida), que determine sus acciones, trayectos y que establezca las relaciones de tensión, de problematización, de no comunicación, de relaciones fuertes, de comunicación, alianzas, poder. Se socializan los mapas, se discute, complementa, interroga, etc.

Los mapas se pegan en la pared o se ubican en el piso en el orden de elaboración, y se solicita a los participantes que relacionen, comprendan, discutan las complementariedades, rupturas, tensiones y continuidades entre los mapas elaborados, entre el pasado, el presente y el futuro posible.

Se les pide además que diferencien con diferentes colores aquellos actores, trayectos, relaciones que pueden fortalecerse o que pueden contrarrestarse, un color para aquello que puede fortalecerse y otro color para aquello que debe debilitarse, contrarrestarse, etc., para avanzar en un plan de acción para la movilización por el cuidado y cuidado de los cuidadores, determinando posibles actividades, acciones, responsables, requerimientos y elementos que fundamentan el territorio esperado para garantizar allí un cuidar y cuidarse integral, con calidad de vida y respeto de sus derechos.

Entendiendo ahora el municipio como un tejido de experiencias vitales en favor de las realizaciones de derechos de cuidadores, cuidadoras y receptores de cuidado, se propone el ejercicio de identificar las fortalezas y oportunidades que en este tejido de experiencias vitales son propicias para potenciar las acciones de atención integral, así como las debilidades y amenazas que en el municipio existen y pueden afectarlas negativamente.

Como resultado de los ejercicios anteriores, invitamos a que de manera colectiva se identifiquen y enumeren los tres principales elementos por cada una de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que hayan podido identificar en el momento de movilización social, para crear a partir de allí las sinergias que contribuyan al Fortalecimiento institucional y que permitan no solo minimizar las debilidades y prevenir las amenazas, sino evitar que se conviertan en efectos no deseados que minen e imposibiliten asegurar la calidad de cuidadores, cuidadoras y receptores de cuidado en el municipio, a través de la construcción colectiva de una matriz DAFO.

Mapeo de Necesidades Situadas y Sentidas del Cuidado y Cuidado de los Cuidadores en el Municipio

Como complemento de la matriz DAFO realizada en la etapa anterior, estas necesidades⁴³ deben contemplar ámbitos como: sanitario, bienestar social, educación,

⁴³ Estas necesidades deben contemplar ámbitos como: sanitario, bienestar social, educación, servicios sociales, cultura, recreación y deportes, planeación. Esta identificación de necesidades se desarrollará al menos en dos sesiones, para así profundizar en cada ámbito, es fundamental que la identificación de

servicios sociales, cultura, recreación y deportes, planeación. Para esta identificación de necesidades es fundamental que participen tanto los líderes y lideresas de cuidadores y cuidadoras, representantes de organizaciones sociales y representantes de entidades. Para esto se organizarán grupos de no más de seis cinco personas, cada grupo desarrollará la identificación de necesidades situadas y sentidas.

Cada grupo desarrollará una matriz que identifique ante cada necesidad, ámbitos responsables, actores involucrados, y prioridad de la intervención de cada necesidad.

Tabla 4 Matriz de Necesidades: Identificación de Necesidades – Problemáticas

Necesidad-Problemática	Actores involucrados	Ámbitos responsables en el municipio	Priorización (Rojo, Anaranjado, Amarillo, Verde)

Matriz de Oportunidades para la Acción Municipal

Luego a partir de cada necesidad se construirá una **Matriz de Oportunidades** para la acción, identificando en ella posibles acciones en el marco de los inventarios de estrategias institucionales actuales⁴⁴, así como estrategias no existentes que son necesarias evaluar y gestionar, y estrategias intersectorial propuestas.

Tabla 5 Matriz de Oportunidades para la acción

Necesidad-Problemática	Ámbitos responsables en el municipio	Estrategias institucionales actuales	Logros	Brechas y Vacíos
	Oportunidades	Estrategias a desarrollar	Estrategias intersectoriales	Prioridad

Luego se presentarán las construcciones de cada grupo, y se construirá conjuntamente una matriz general de necesidades sentidas, construyendo un semáforo de caracterización del cuidar y cuidarse del municipio. Así mismo, se construirá una matriz general de oportunidades para la acción, estableciendo un dupla de trabajo (profesional – líder) que hará seguimiento a cada iniciativa.

necesidades participan tanto los líderes y lideresas de cuidadores y cuidadoras, representantes de organizaciones sociales y representantes de entidades.

⁴⁴ Estos inventarios deberán ser desarrollados por cada entidad, y presentados por el representante en la sesión, debe ser un inventario detallada que incluya el alcance de cada estrategia.

Construcción del Plan de Trabajo para dinamizar el trabajo en Red

De la matriz de oportunidades, se construirá un plan de trabajo de las sesiones posteriores, que trabajarán cada una de las necesidades e iniciativas. De tal forma que En Red Ando, se construyan estrategias institucionales intersectoriales y municipales que permitan la transformación de estas necesidades en oportunidades. Las sesiones de trabajo deben contemplar un primer momento de problematización a profundidad de la necesidad y matriz de oportunidades para la acción, de tal forma que se evalúen las iniciativas desde su alcance y factibilidad, así mismo debe permitir en cada sesión desarrollar:

- a. Ruta de Acción intersectorial - Algoritmo de decisión.
- b. Compromisos individuales, grupales, e institucionales necesarios para el desarrollo de las oportunidades de acción.
- c. Indicadores de resultado y proceso.
- d. Debe contemplar dentro de las estrategias, una iniciativa de comunicación e interacción municipal que permita información y comunicar a la ciudadanía sobre los avances de la Red. En este sentido, cada mes, se presentarán los avances o consensos adelantados, a través de un Boletín de la Red, donde se plasmen las acciones adelantadas, participantes, consensos y avances. Este será desarrollado por el quipo base del programa, y constará de piezas impresas (carteles) y de comunicaciones en la Radio Municipal, con el propósito de llegar a las veredas y casco municipal.

Es importante, tener en que no todas las necesidades son iguales y por ende las oportunidades de acción son tan diversas como las necesidades, por tanto es necesario en el plan de acción contemplar criterios de prioridad, complejidad y factibilidad, para ordenar el plan de trabajo.

Adicionalmente, esta Red buscará que se establezcan convenios docente-asistenciales con los programas académicos relacionados (Fisioterapia, Enfermería, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Trabajo Social, Psicología, entre otros) con el fin de establecer alianzas para contar con Estudiantes de últimos años para el desarrollo de programas académicos de campo (Prácticas), Pasantía (Como modalidad de trabajo de grado -TFG), en el programa, los cuales apoyarían las acciones de EnCoCo y Acciones de fortalecimiento y seguimiento en Domicilio.

Quinto Momento: ¿Cómo vamos...?

Acciones de Seguimiento y Evaluación

Este momento del programa configura acciones de seguimiento y evaluación de cada una de los momentos y acciones del programa. Dentro de las acciones de seguimiento el equipo de base, desarrollará reuniones de trabajo semanales de proyección de acciones, con énfasis en identificar las situaciones problemáticas o coyunturales para el avance del programa. El equipo de base, debe realizar un seguimiento de cada una de las acciones del programa, así:

1. Informes de análisis del proceso de caracterización y línea de base: Este informe debe realizarse en los en el segundo mes de implementación, y sus resultados se presentarán en una de las sesiones de trabajo de En Red Ando y ante el grupo de líderes, lideresas, y participantes de EnCoCo, de acuerdo a la pertinencia de cada grupo se desarrollará una presentación acorde a las necesidades y expectativas de cada escenario.
2. Luego de la implementación de EnCoCo, se realizará un momento de evaluación o caracterización postprograma, generando un análisis de los resultados postprograma, así como un análisis comparativo con la caracterización inicial.
3. Una vez finalizado cada eje de EnCoCo se realizará un análisis del proceso, haciendo énfasis en los aprendizajes que se construyeron a partir de las experiencias de los cuidadores y de los contenidos y espacios compartidos en los talleres. En este informe podrán incluirse elementos de los Diarios de los participantes, toda vez que se obtenga autorización por parte de los cuidadores y cuidadoras.
4. De cada una de las acciones del programa se debe realizar un acta y relatoría, estos insumos permitirán el análisis cualitativo del procesos, se realizará un informe mensual del avance del programa en cada momento de la hoja de ruta. Este informe mensual incluirá el reporte mensual y acumulado de los indicadores del programa.
5. Se desarrollará un informe del proceso de construcción del plan de trabajo de En Red Ando, como parte del proceso de Redes sociales e intersectoriales.
6. Se desarrollará un informe ejecutivo mensual e informe de análisis de procesos trimestrales de EnCoCo, En Red Ando, Fortalecimiento y Seguimientos en

Domicilio, Respiros, Articulación con Centros Día, y demás articulaciones intersectoriales donde participen las cuidadoras y cuidadores del programa.

7. Se realizará un informe de análisis semestral y anual final, en cada uno de ellos se realizarán análisis de los resultados y procesos, en razón de los momentos y acciones de la hoja de ruta, así como seguimiento a los indicadores cuantitativos y cualitativos.

Estrategias e Indicadores de Evaluación

De acuerdo con la características preliminares del programa se plantea la inclusión de estrategias de evaluación que respondan a indicadores de producto, resultado y proceso, así como a indicadores de cambio en los saberes y haceres de las mujeres y hombres que cuidan. Se desarrollarán las encuestas de evaluación individual y colectiva de las acciones de EnCoCo, en Red Ando y encuentros de fortalecimiento y seguimiento en domicilio.

A continuación se presentan los indicadores que a priori se plantean como necesarios para el seguimiento, es importante tener en cuenta que en todos los indicadores, se harán diferenciados por hombres, mujeres y total, en razón de reconocer lo femenino del cuidado en los diferentes escenarios del programa.

Indicadores de producto:

Unidad de medida	Sentido de Medición	Dimensión	Responsable
<i>Porcentaje</i>	<i>Ascendente</i>	<i>Eficacia</i>	<i>Equipo Base</i>

- Cantidad de cuidadores (mujeres, hombres y total) participantes en sesión de socialización/Total de cuidadores del municipio *100.
- Cantidad de cuidadores (mujeres, hombres y total) preinscritos en el programa/Total de cuidadores del municipio *100.
- Cantidad de cuidadores (mujeres, hombres y total) participantes en EnCoCo/Total de cuidadores del municipio*100.
- Cantidad de cuidadores (mujeres, hombres y total) participantes en actividades de fortalecimiento en domicilio/Total de cuidadores del municipio*100.
- Cantidad de cuidadores (mujeres, hombres y total) participantes en seguimientos en domicilio/Total de cuidadores del municipio*100.

- Cantidad de profesionales (mujeres, hombres y total) participantes en sesión estratégica/Total de profesionales asignados por el municipio*100.
- Cantidad de profesionales (mujeres, hombres y total) participantes en sesión de En Red Ando/Total de profesionales asignados por el municipio*100.
- Cantidad de Entidades Municipales en las sesión estratégica/Total de profesionales asignados por el municipio*100.
- Cantidad de Entidades Municipales en las sesión de socialización/Total de profesionales asignados por el municipio*100.
- Cantidad de Entidades Municipales en las sesiones de En Red Ando/Total de profesionales asignados por el municipio*100.

Indicadores de resultado:

Unidad de medida	Sentido de Medición	Dimensión	Responsable
<i>Porcentaje</i>	<i>Ascendente</i>	<i>Eficacia</i>	<i>Equipo Base</i>

- Indicadores de diversidad en participantes (etnia, género, edad, etc.)/Total de cuidadores y cuidadoras caracterizadas.
- Cantidad de cuidadores por marcador de diversidad//Total de cuidadores caracterizadas *100.
- Cantidad de cuidadores participantes en EnCoCo/Total de cuidadores caracterizadas *100.
- Cantidad de cuidadores participantes de En Red Ando/Total de cuidadores caracterizadas *100.
- Cantidad de representantes de entidades municipales participantes de En Red Ando//Total de representantes designados a En Red Ando *100.
- Total de participantes con asistencia en EnCoCo/Total de participantes inscritos en EnCoCo*100. Se harán por rangos de participación.
- Total de cuidadores por categoría de resultados de instrumentos de caracterización/Total de cuidadores caracterizados *100. Este indicador se realizará en cada uno de los instrumentos de caracterización usados, y se hará un análisis de la caracterización y comparativo pre y post⁴⁵.

⁴⁵ Instrumentos: A) Encuesta de caracterización del cuidado de la diada cuidador familiar. B) Encuesta de Sobrecarga del cuidado Zarit. C) Inventario de Habilidad de Cuidado –CAI– . D) Cuestionario para la evolución de calidad de vida: WHOQOL-BREF. Desarrollado por OMS.

- Variación de características de cuidado:

Variación en niveles de sobrecarga del cuidado	$\frac{(\text{Número de personas por nivel de sobrecarga después} - \text{número personas por nivel antes})}{\text{Número de personas por nivel antes}} \times 100$
Variación en habilidades de cuidado	$\frac{(\text{Número de personas por nivel de resultado después} - \text{número personas por nivel de habilidad antes})}{\text{Número de personas por nivel de habilidad antes}} \times 100$
Variación de evolución de Calidad de vida	$\frac{(\text{Número de personas por nivel evolución de CV después} - \text{número personas por nivel antes})}{\text{Número de personas por nivel de evolución de CV antes}} \times 100$

Indicadores de Gestión o Proceso:

Número de cuidadores por dúo formador	$\frac{\text{Total de cuidadores participantes}}{\text{EnCoCo/Número de formadores}}$
Número de participantes por espacio de encuentro	$\frac{\text{Total de cuidadores participantes}}{\text{Número de talleres}}$
Número de participantes por sesión de En Red Ando	$\frac{\text{Total de cuidadores participantes}}{\text{Número de sesiones de la Red}}$

Indicadores de Efecto:

Tasa de cuidadores formadores	$\frac{\text{Número de cuidadores formadores}}{\text{Número de plazas ofrecidas}}$
Tasa de cuidadores formados en EnCoCo	$\frac{\text{Número de cuidadores certificados (+90\%) en EnCoCo}}{\text{Número total de participantes}}$
Tasa de cuidadores participantes de En Red Ando	$\frac{\text{Número de cuidadores certificados (+90\%) de En Red Ando}}{\text{Número total de participantes}}$
Tasa de abandono de EnCoCo	$\frac{\text{Número de abandonos EnCoCo}}{\text{Número total de participantes}}$
Tasa de abandono de En Red Ando	$\frac{\text{Número de abandonos En Red Ando}}{\text{Número total de participantes}}$

Indicadores de impacto:

Reducción de sobrecarga del cuidado	$\text{Tasa de sobrecarga después} - \text{Tasa de sobrecarga antes}$
Mejoramiento de habilidades de cuidado	$\text{Tasa de resultado de habilidades a después} - \text{Tasa de resultado de habilidades antes}$

Mejoramiento de Calidad de vida

*Tasa de calidad de vida después – Tasa de calidad de vida antes*100*

Umbrales

En los casos de porcentajes se tendrán en cuenta esta escala para valorar el cumplimiento del indicador.

% de Cumplimiento

>0= 95%

80 – 94%

65 – 79%

40 – 64%

0-39%

Calificación

Excelente

Bueno

Regular

Menos que regular

Pobre

Color



Cambio en los saberes y haceres:

Sistematización y análisis de instrumentos pre y post sobre saberes y haceres anual, y en cada dimensión. Algunas de las preguntas que se formulan en esta evaluación son:

¿Cuál es el impacto del programa?

¿Qué significado tiene el impacto para los participantes?

¿Cuáles fueron los mecanismos que generaron estos impactos?

¿Cuál es el contexto o entorno en el cual se generaron estos impactos?

Como técnica se propone la del **cambio(s) más significativo(s)**, como una forma de seguimiento y evaluación participativa que involucra a los y las participantes en la acción o programa a evaluar, tanto en el análisis de los cambios, como en el de los datos obtenidos. Es importante tener en cuenta que este seguimiento se realiza durante cada etapa y acción del programa y proporciona información continua para la toma de decisiones y desarrollo del mismo. Proporciona datos sobre el impacto y los resultados que se pueden utilizar para ayudar a evaluar el desempeño del programa en conjunto. Para esto se retomarán los registros de relatoría de las acciones del programa, ya que implica la recopilación de cambios significativos que provienen de las historias ocurridas en las actividades y encuentros participativos y la selección sistemática de las más importantes por los grupos entre los participantes. Una vez que los cambios han sido identificados, algunos grupos de personas debaten en profundidad sobre el valor de estos cambios y seleccionan los más importantes, lo cual se hará entre los dúos formadores. Cuando la técnica se lleva a cabo con éxito,

todo el equipo puede estar de acuerdo y centrar su atención en el impacto o impactos más significativos del programa⁵⁵.

Horizonte Temporal

El plazo de ejecución del programa es 12 meses contando con la Preparación, Establecimiento de Acuerdos Municipales, Implementación, Actividades propias de resultado y Seguimiento y Evaluación. La duración del Programa se desarrolla anualmente, podrá desarrollarse anualmente, permitiendo que se alcance la cobertura a todos los cuidadores y cuidadoras, así como a todos los territorios del casco municipal y veredales. Así mismo, las acciones de seguimiento en domicilio y respiro es fundamental que se establezcan por prioridad de las condiciones de calidad de vida y sobrecarga de los participantes. El programa se desarrolla con un horizonte temporal de un año, así:

Tabla 6 Horizonte Temporal del Programa

Momentos		M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12
Prepar-Acción	Preparación de red de trabajo y establecimiento de acuerdo municipal												
	Caracterización de población												
Caracterización	Caracterización de redes de apoyo comunitarias												
	Caracterización de redes de apoyo interinstitucional e intersectorial												
	Formación de dúos formadores												
Recorridos colectivos	Encuentros de construcción en cada dimensión.												
En..Red..Ando	Dinamización de redes de apoyo y multigrupos.												
	Dinamización de redes institucionales e intersectoriales.												
Cómo vamos	Seguimiento												
	Evaluación **												
	Análisis y desarrollo de informes												

*La temporalidad esta dada en meses.

** Es continua, no obstante la frecuencia de reporte se definirá de acuerdo a los indicadores establecidos.

6. RECURSOS

Equipo Desarrollador del Programa

El talento humano se configura a través del equipo base, grupo de lideresas y líderes cuidadores, estudiantes de práctica o pasantes, así:

Profesional	No.	Formación Académica	Formación Posgraduada	Función Dentro Del Proyecto	Dedicación	
					Horas / Semana	Meses
Referente de Salud Pública	1	Sanitario	Salud Pública	Coordinación del Programa. Implementación, seguimiento y evaluación del proyecto.	40	12
Profesional Formador	1	Fisioterapeuta	Salud Pública o Educación en Salud	Desarrollo de EnCoco, participación en acciones de seguimiento en domicilio, Participación En Red Ando. Acciones de seguimiento y evaluación.	40	12
Profesional Formador	1	Enfermería			40	12
Profesional Formador	1	Psicología o Trabajo Social			40	12
Profesional Formador	1	Sociología o Ciencias Humanas			40	12
Profesional Formador	1	Derecho o Ciencias Políticas			40	12
Lideresa-Líder	5			Participación en En Red Ando y EnCoCo	15	11
Enfermera	1	Enfermería	Relacionado con cuidado y educación en salud	Desarrollo de sesiones de Respiró en Domicilio	40	12
Enfermera	1	Enfermería			40	12
Pasantes o Estudiantes	10 ⁴⁶	Profesiones afines a Cuidado	No aplica	Apoyo a acciones del programa en el marco de un convenio docente-asistencial	9	8

Tabla 7 Perfil, Funciones y Dedicación del Equipo desarrollador del Programa

⁴⁶ Los estudiantes mediante los convenios docente-asistenciales, estarán no más de 12 semanas en el programa, por tanto se plantea contar con máximo 5 estudiantes simultáneamente, durante el periodo académico, para un total de 10 anualmente.

Los recursos humanos principales que requiere este Programa son los profesionales, cuidadoras y cuidadores del Municipio, que conforman el equipo del Servicio de Salud Pública, y el grupo de cuidadores y cuidadoras del Municipio, como parte del Programa de la Secretaría de Salud de la Alcaldía de Madrid. El equipo esta formado por:

El Referente de Salud Pública (RSP) será el representante del programa ante la Alcaldía y puesta en funcionamiento de este programa. Durante su perfeccionamiento e implementación del programa será quien orientará el programa, la formación del equipo de base, representación institucional, coordinación, apoyo a la implementación, seguimiento y evaluación.

Los profesionales del equipo base constituyen un grupo interdisciplinario con formación posgraduada en salud pública, promoción de la salud, o educación en salud, así como experiencia profesional relacionada mínimo de un año. Los cuales apoyarán el proceso de perfeccionamiento del programa, así como el desarrollo e implementación del programa, acciones de seguimiento y evaluación de los diferentes momentos metodológicos.

Las lideresas y líderes son residentes del municipio, cuidadores y cuidadoras con habilidades de comunicación y representación comunitarias. Para su selección se tendrá en cuenta su capacidad de trabajo en equipo, iniciativa, habilidades interpersonales y organizativas, liderazgo y compromiso. Para el desarrollo de las actividades en fundamental la empatía, capacidades de negociación y persuasión, habilidades para la construcción colectiva y aprendizajes participativos.

Entre los recursos humanos sin cargo al presupuesto del Programa, pero fundamentales para su desarrollo necesarios para se encuentran: cuidadoras y cuidadores, miembros de asociaciones de padres y madres, miembros de asociaciones de usuarios de servicios sanitarios, representantes comunitarios y de organizaciones sociales.

Colaboraciones Institucionales

El logro del programa esta determinado por la participación de la ciudadanía (cuidadores – cuidadoras) y entidades municipales relacionadas con la garantía de derechos para cuidar y cuidarse, entre ellas se contemplan:

Municipales

Los representantes de las siguientes entidades municipales participarán en el Momento En Red Ando, así como en el proceso de caracterización de los actores, permitirán el desarrollo de las acciones intersectoriales, así como en el desarrollo del inventario de estrategias para cuidar y cuidarse del Municipio para que las cuidadoras y cuidadores participen.

- Alcaldía Municipal.
- Dirección de Participación y Garantía de Derechos.
- Comité Municipal de Discapacidad.
- Organizaciones sociales de Personas con discapacidad, enfermedades crónicas, o de adultos mayores.
- Dirección Local de Salud.
- Dirección de Integración Social.
- Secretaría de Educación y Desarrollo Social.
- Dirección de Cultura.
- Vive Digital.
- Instituto para el Deporte y la Recreación, programa Deporte social comunitario.

Ciudadanas

- Organizaciones sociales de cuidadores y cuidadoras.
- Asociaciones de Usuarios de instituciones prestadoras de salud del municipio.

Recursos Disponibles: Material Técnico, Inventariable y Fungible

Dentro de la Secretaría de Salud Municipal existen recursos como: equipos de informática, red de internet, e intranet, oficinas de trabajo, sala de reuniones, así como materiales básicos de oficina.

7. PRESUPUESTO ESTIMADO SEGÚN CONCEPTOS

A continuación se presenta la proyección presupuestal anual del programa, se presenta un presupuesto general y uno específico donde se desagregan los conceptos presupuestales y su justificación.

Concepto	Total
Talento Humano	\$321.500.000
Equipos (Equipos electrónicos o informáticos)	\$7.000.000
Papelería (Resmas de papel, marcadores, lápices, resaltadores, cuerdas, hilos, etc)	\$2.400.000
Fotocopias	\$1.200.000
Publicaciones	\$1.800.000
Transporte y Desplazamiento	\$4.680.000
Total	\$338.580.000

Tabla 8 Presupuesto General

El presupuesto está proyectado en Pesos colombianos, alrededor de 110.000 Euros anuales.

Tabla 9 Presupuesto Específico

Talento Humano	No. De Profesionales	Formación Académica	Formación Posgraduada	Función Dentro Del Proyecto	Dedicación		Valor Mensual	Valor Total
					Horas / Semana	Meses		
Referente de Salud Pública	1	Sanitario	Salud Pública	Coordinación del Programa. Implementación, seguimiento y evaluación del proyecto	40	12	3.500.000	42.000.000
Profesional Formador	1	Fisioterapia	Salud Pública o Educación en Salud	Desarrollo de EnCoco, participación en acciones de seguimiento en domicilio. Participación En Red Ando. Acciones de seguimiento y evaluación.	40	12	3.000.000	36.000.000
Profesional Formador	1	Enfermería	Salud Pública o Educación en Salud		40	12	3.000.000	36.000.000
Profesional Formador	1	Psicología o Trabajo Social	Salud Pública o Educación en Salud		40	12	3.000.000	36.000.000
Profesional Formador	1	Sociología o Ciencias Humanas	Salud Pública o Educación en Salud		40	12	3.000.000	36.000.000
Profesional Formador	1	Derecho o Ciencias Políticas	Salud Pública o Educación en Salud	Participación en En Red Ando y EnCoCo	40	12	3.000.000	36.000.000
Lideresa-Líder	5				15	11	500.000	27.500.000
Enfermera	1	Enfermería	Relacionado con cuidado y educación en salud	Desarrollo de sesiones de Respiro en Domicilio	40	12	3.000.000	36.000.000
Enfermera	1	Enfermería	Relacionado con cuidado y educación en salud		40	12	3.000.000	36.000.000
Pasantes o Estudiantes	10	Profesiones afines a Cuidado	No aplica	Apoyo a acciones del programa en el marco de un convenio docente-asistencial	12	8	-	-
TOTAL					25.000.000	321.500.000		

Gastos de Equipos	Justificación	Cantidad	Total
Computadores	Desarrollo de acciones de planeación, registro de actividades, seguimiento y evaluación., los cuales hacen parte de los equipos de la Secretaría de Salud. Solo se cargará al presupuesto del programa dos computadores portátiles.	2	\$4.000.000
Impresora	Desarrollo de acciones de planeación, registro de actividades, seguimiento y evaluación, los cuales hacen parte de los equipos de la Secretaría de Salud.	1	\$1.000.000
Proyector - Cañon	Apoyo en el desarrollo de sesiones grupales.	1	\$2.000.000
TOTAL		4	\$7.000.000

Gastos de Transporte y Desplazamiento: Este rubro se incluirá en el caso que no se pueda contar con el transporte de la Alcaldía Municipal.						
Lugar /No. De viajes	Justificación	Pasajes (\$)	Dias	Total días	Total días equipo base	Total
Transporte de Equipo Base	Desplazamiento del equipo base para el desarrollo de fortalecimientos y seguimientos en domicilio	\$ 10.000	30	\$300.000	180	\$1.800.000
Transporte de Enfermeras de Respiros	Desplazamiento de las enfermeras para el desarrollo Respiros en domicilio	\$ 6.000	240	\$1.440.000	480	\$2.880.000
					0	\$-
TOTAL		\$ 16.000	270	\$1.740.000	660	\$4.680.000

Gastos de Publicaciones	Justificación	Valor mes	Total
Carteles y Materiales de Divulgación	Desarrollo de acciones de captación, reporte de actividades, comunicación con población	\$150.000	\$1.800.000
TOTAL		\$150.000	\$1.800.000

Gastos de Papelería		Justificación	Valor mes	Total	
Artículos de oficina			\$200.000	\$2.400.000	
Fotocopias		Desarrollo de las diferentes acciones del programa para el registro, implementación, seguimiento y evaluación.	\$100.000	\$1.200.000	
			TOTAL	\$300.000	\$3.600.000

8. INFORMACIÓN Y DIVULGACIÓN

Se divulgará la realización del programa desde varios medios de comunicación como la radio Municipal, las carteleras de divulgación de las entidades municipales, entidades educativas, sanitarias y culturales, así como en los espacios de mayor participación de la ciudadanía como el mercado, la plaza y la iglesia:

Información a la Ciudadanía

Para la información a la población se realizará un cartel informativo del Programa (Ver Anexo No. 2), convocando a cuidadores-cuidadoras y ciudadanía al programa y a la sesión de socialización. Así mismo, se dará información a profesionales sanitarios y bienestar social para que en sus entidades y acciones cotidianas informen a la ciudadanía cuando las personas acudan a la consulta o servicio por cualquier motivo, al final de la consulta o asesoría se le informará sobre el nuevo programa, ya sea beneficioso para él/ella o pueda ser beneficioso para algún familiar o conocido. Adicionalmente, se incluirá en la página web de la Alcaldía del Municipio la información del programa en el Banner principal, y se publicarán reseñas de los avances del programa cada dos meses.



Ilustración 6 Página Web Alcaldía Madrid-Cundinamarca.

Tomado de <http://www.madrid-cundinamarca.gov.co/index.shtml>

Nota de Prensa para su Publicación

La nota de prensa (Ver Anexo No. 1), para su publicación tendrá en cuenta una breve descripción sobre el programa, población a la que esta dirigido, así como la convocatoria a la sesión de socialización.

9. BIBLIOGRAFÍA

Andrade, Rodrigo Rojas. (2013). El liderazgo comunitario y su importancia en la intervención comunitaria. *Psicología para América Latina*, (25), 57-76. Recuperado el 29 de mayo de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2013000200005&lng=pt&tlng=es.

Arias-Rojas, Mauricio, Barrera-Ortiz, Lucy, Mabel-Carrillo, Gloria, Chaparro-Díaz, Lorena, Sánchez-Herrera, Beatriz, & Vargas-Rosero, Elizabeth. (2014). Cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en las regiones de frontera colombiana: perfil y carga percibida de cuidado. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62(3), 1-32. <https://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3.39091>

Batthyány, Karina (2015). Las políticas y el cuidado en América Latina Una mirada a las experiencias regionales. Santiago de Chile: Naciones Unidas. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37726/S1500041_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Barrera-Ortiz, Lucy, Pinto-Afanador, Natividad, Sánchez-Herrera, B, Carrillo, G, Chaparro-Díaz, L. (2010) Cuidando a los cuidadores : familiares de personas con enfermedad crónica. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 360 p. ISBN : 978-958-719-391-6. Disponible en: http://www.uneditorial.net/uflip/Cuidando_a_los_cuidadores/pubData/source/UNAL_Cuidando_a_los_cuidadores.pdf

Barreto-Osorio Ruth, Campos María, Carrillo-González Gloria, Coral-Ibarra Rosa, Chaparro-Díaz Lorena, Durán-Parra Myriam, et al. (2015) Entrevista Percepción de Carga del Cuidado de Zarit: pruebas psicométricas para Colombia. *Aquichan*. 2015;15(3):368-380. De doi: 10.5294/aqui.2015.15.3.5

Carreño-Moreno, S P; Chaparro-Díaz, L; (2016). Calidad de vida de los cuidadores de personas con enfermedad crónica. *Aquichan*, 16() 447-461. Recuperado de <http://oai.redalyc.org/articulo.oa?id=74148832004>

Carreño, Sonia Patricia, & Chaparro-Díaz, Lorena. (2017). Agrupaciones de cuidadores familiares en Colombia: perfil, habilidad de cuidado y sobrecarga. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 87-101. <https://dx.doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI15-1.ACFC>

Carrillo González, Gloria Mabel, Sánchez Herrera, Beatriz, & Barrera Ortiz, Lucy. (2014). Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de niños y adultos con enfermedad

crónica. Index de Enfermería, 23(3), 129-133. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000200003>

Cerquera Córdoba, Ara Mercedes, & Galvis Aparicio, Mayra Juliana. (2014). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento Psicológico*, 12(1), 149-167. Retrieved May 14, 2017, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612014000100011&lng=en&tlng=es

Chaparro-Díaz, Lorena, Barrera-Ortiz, Lucy, Vargas-Rosero, Elizabeth, & Carreño-Moreno, Sonia. (2016). Mujeres cuidadoras familiares de personas con enfermedad crónica en Colombia. *Ciencia y Cuidado*, 13(1), 72-86. Recuperado de <http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/736>

COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, 2007-2019. Disponible en <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>. p. 10.

CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA. Conclusiones del Consejo «Planteamientos innovadores para las enfermedades crónicas en los sistemas de salud pública y de atención sanitaria». Diario oficial de la Unión Europea. 2011. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2011:074:0004:0005:ES:PDF>

Crespo, María & Rivas, M Teresa. (2015). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit, *Revista Clínica y Salud*, 26(1):9-16, ISSN 1130-5274, 2015, de <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2014.07.002>.

Cuesta Benjumea, Carmen de la; (2009). El cuidado familiar: una revisión crítica. *Investigación y Educación en Enfermería*, XXVII Marzo-Sin mes, 96-102

Recuperado de <http://inif.redalyc.org/articulo.oa?id=105213198010>

DANE. Medición de la economía del cuidado. Presentación de Resultados: Encuesta Nacional de Uso del Tiempo, Cuenta Satélite de Economía del Cuidado. Recuperado de DANE: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ENUT/pres_ENUT_2012_2013.pdf

DANE . Estudios Postcensales 7. Proyecciones nacionales y departamentales de población 2005 - 2020. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/7Proyecciones_poblacion.pdf

De Oliveira, Gabriela, Neto, José, de Camargo, Stephanie, Lucchetti, Alessandra, Espinha, Daniele, & Lucchetti, Giancarlo. (2015). Caregiving across the lifespan: comparing caregiver burden, mental health, and quality of life. *Journal Psychogeriatrics*, 15: 123–132. doi:10.1111/psyg.12087

Del-Pino-Casado, R., Millán-Cobo, M., Palomino-Moral, P., & Frías-Osuna, A. (2014). Cultural Correlates of Burden in Primary Caregivers of Older Relatives: A Cross-sectional Study. *Journal Of Nursing Scholarship*, 46(3), 176-186. <http://dx.doi.org/10.1111/jnu.12070>

Gobernación de Cundinamarca-Secretaria de Salud de Cundinamarca. (2015). Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud. Disponible en: <http://www.cundinamarca.gov.co/wps/wcm/connect/07f0fd4e-9af4-4dc6-921a-28bed95a7c17/ASIS+Cundinamarca+2015+WEB.pdf?MOD=AJPERES>. Consultado el 28 de mayo de 2017.

Gobernación de Cundinamarca-Secretaria de Salud de Cundinamarca. (2016). Plan Territorial de Salud 2016-2020. Departamento de Cundinamarca “Unidos Podemos Más por la Salud y la Felicidad” Disponible en: <http://www.cundinamarca.gov.co/wps/wcm/connect/05f0e3ba-d5fc-47d9-a589-7818bc13190b/1PTS+con+PASE+CUNDINAMARCA+v14.pdf?MOD=AJPERES>. Consultado el 28 de mayo de 2017.

Gómez-Galindo, Ana M, Peñas-Felizzola, Olga L, & Parra-Esquivel, Eliana I. (2016). Caracterización y condiciones de los cuidadores de personas con discapacidad severa en Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 18(3), 367-378. <https://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n3.53048>

Hernández-Jaramillo, Janeth, & Hernández-Umaña, Iván. (2005). Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 7(2), 130-144. Retrieved May 13, 2017, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-006420050002000002&lng=en&tlng=es.

Hayo, Breinbauer, Vásquez V, Hugo, Mayanz S, Sebastián, Guerra, Claudia, & Millán K, Teresa. (2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista médica de Chile*, 137(5), 657-665. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000500009>

Huenchuan, S. Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. CEPAL. Chile, 2009 (Internet). Disponible en: <http://imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/cepal-envejecimiento-05.pdf>

López-Martínez, J, Crespo-López, M. (2008) Guía para Cuidadores de Personas Mayores en el hogar: Cómo mantener su bienestar. Colección Manuales y Guías. Serie Dependencia. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Disponible en: <http://www.telefonodelaesperanza.org/cuidando-cuidador/download/11>

NACIONES UNIDAS. Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. Viena, Austria, 26 de julio a 6 de agosto de 1982. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/asamblea-planviena-01.pdf>. p. 4

NACIONES UNIDAS. Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento.

Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L.C., Rico, J.M., Lanz y Taussing, M.I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. Revista de Gerontología, 6, 338-346

Martín-Carrasco, Manuel, Domínguez-Panchón, Ana Isabel, Muñoz-Hermoso, Paula, González-Fraile, Eduardo, & Ballesteros-Rodríguez, Javier. (2013). Instrumentos para medir la sobrecarga en el cuidador informal del paciente con demencia. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 48:276-84, 2013, de <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2013.06.002>.

Martínez Marcos M, & De la Cuesta Benjumea C. (2016) La experiencia del cuidado de las mujeres cuidadoras con procesos crónicos de salud de familiares dependientes. Revista Atención Primaria, 48(2), 77-84. 2015, de <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.03.006>.

Mena-Bejarano, Beatriz. (2015) Informe de Año Sabático. Universidad Nacional de Colombia. Grupo de Investigación Kinesiología, Salud y Desarrollo, Línea de profundización en Comunidad y Desarrollo.

Mena-Bejarano, Beatriz. (2016) Propuesta Alianza Alcaldía Madrid-Cundinamarca. Universidad Nacional de Colombia. Grupo de Investigación Kinesiología, Salud y Desarrollo, Línea de profundización en Comunidad y Desarrollo.

Mosquera, Isabel, Vergara, Itziar, Larrañaga, Isabel, Machón, Mónica, Del Rio, María, & Calderón, Carlos, (2015). Measuring the impact of informal elderly caregiving: a

systematic review of tools. *Quality of life research Journal*, 2016 May;25(5):1059-92. from doi: 10.1007/s11136-015-1159-4. Epub 2015 Oct 16.

National Alliance for Caregiving. Caregiving in the U.S. 2009 [Cited 7 May 2013.] Available from URL: http://www.caregiving.org/data/Caregiving_in_the_US_2009_full_report.pdf.

Nkongho, N. O. (2003). The caring ability inventory. *Measurement of nursing outcomes*, 3, 184-198.

Ojeda, Ordoñez, & Ochoa, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Parte II. Indicadores sanitarios mundiales. En: Estadísticas sanitarias mundiales 2010. Francia: OMS, 2010. p.56.

OMS. Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI. El reto de las enfermedades crónicas. 2005. p.1. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243562800_spa.pdf

Otero A, Zunzunegui MV, et al.. Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento de la población española. *Revista Española Salud Pública*. 2004;78:201-13. En: ORUETA-SÁNCHEZ R, et al. Impacto sobre el cuidador principal de una intervención realizada a personas mayores dependientes. *Aten Primaria*. 2011. doi:10.1016/j.aprim.2010.09.011. Disponible en: [http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0212-6567\(11\)00046-1.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0212-6567(11)00046-1.pdf)

Prado Filho, Kleber, & Teti, Marcela Montalvão. (2013). A cartografia como método para as ciências humanas e sociais. *Barbaroi*, (38), 45-49. Recuperado em 29 de maio de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782013000100004&lng=pt&tling=pt.

Pedraza, Ángela M, Rodríguez-Martínez, Carlos E, & Acuña, Ranniry. (2013). Validación inicial de una escala para medir el nivel de sobrecarga de padres o cuidadores de niños asmáticos. *Biomédica*, 33(3), 361-369. <https://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v33i3.813>.

Pinzón, Edgar A, & Carrillo, Gloria M. (2016). Carga del cuidado y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con enfermedad respiratoria crónica. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(2), 193-201. <https://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n2a08>.

Prieto-Rodríguez, Adriana. (2004). "Modelos de movilización social con énfasis en la actividad física y estilos de vida saludables para reducir el sedentarismo en las regiones de Bogotá, Antioquia y Quindío": Ministerio de Protección Social, Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología "Francisco José de Caldas- Colciencias",

Universidad Nacional de Colombia y a la Fundación Ciudad Humana. Código: 1101-04-14483.

Rogero-García, Jesús. (2010). Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. *Index de Enfermería*, 19(1), 47-50. Recuperado en 13 de mayo de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100010&lng=es&tlng=es.

Secretaria Distrital de Integración Social. (2010). Lineamiento Técnico Centros de Respiro. Subdirección para la Familia.

Secretaria Distrital de Integración Social (2013) Caja de Herramientas Ámbito Familiar. Proyecto 735. Ser Feliz, Creciendo Feliz. Disponible en: <http://cajadeherramientasformacion.blogspot.com.es>

Servicio Andaluz de Salud. (2010) Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento Marco. ISBN 978-84-693-6803-9

Servicio de Salud Gobierno del Principado de Asturias. (2006). Guía de Atención a las Personas Cuidadoras. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Disponible en: http://www.riicotec.org/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/guia_atencion_personas_cuidado.pdf

Servicio de Tercera Edad. Departamento de Intervención Social. (Sin año). Guía de Apoyo a familias cuidadoras de personas mayores. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Disponible en: <http://www.vitoria-gasteiz.org/wb021/http/contenidosEstaticos/adjuntos/es/57/94/5794.pdf>

Velásquez, Vilma, López, Lucero, López, Heddy, Cataño, Nhora, & Muñoz, Esperanza. (2011). Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. *Revista de Salud Pública*, 13(4), 610-619. Retrieved May 13, 2017, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000400006&lng=en&tlng=es.

Vélez Lopera, Johana María; Berbesí Fernández, Dedsy; Cardona Arango, Doris; Segura Cardona, Angela, & Ordóñez Molina, Jaime. (2012). Validación de escalas abreviadas de Zarit para la medición de síndrome del cuidador primario del adulto mayor en Medellín. *Revista Atención Primaria*. 2012; 44(7):411-416, de doi:10.1016/j.aprim.2011.09.007. Epub 2011 Nov 4

Vélez-Torres, Irene; Rátiva-Gaona, Sandra; Varela-Corredor, Daniel; (2012). Cartografía social como metodología participativa y colaborativa de investigación en el

territorio afrodescendiente de la cuenca alta del río Cauca. Cuadernos de Geografía - Revista Colombiana de Geografía, Julio-Diciembre, 59-73.

Zarit, Sh; Reeve, KE; Bach-Peterson J. (1980) Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden Gerontologist; 20:649-654.

Imágenes

Asociación Alternativas. (2016). Huellas-Manos [Imagen]. Recuperado de <http://www.asociacionalternativas.org/que-hacemos/>

Shadowxfox (2012) Mapa del localización del departamento de Cundinamarca. [Imagen]. Recuperado de <https://es.wikipedia.org/wiki/Cundinamarca>

Shadowxfox (2012) Mapa del Municipio de Madrid, Cundinamarca (Colombia). [Imagen]. Recuperado de [https://es.wikipedia.org/wiki/Madrid_\(Cundinamarca\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Madrid_(Cundinamarca))

10. ANEXOS

Anexo 1 Nota de prensa para los medios de comunicación

El contenido de la nota de prensa se replicará en los medios de comunicación como Radio y Prensa de las entidades Municipales.

Saberes y Haceres del Cuidado de Quienes Cuidan, es un Programa de la Alcaldía de Madrid-Cundinamarca, liderado por la dirección Local de Salud Pública, donde cuidadores y cuidadoras de todo el Municipio podrán participar.

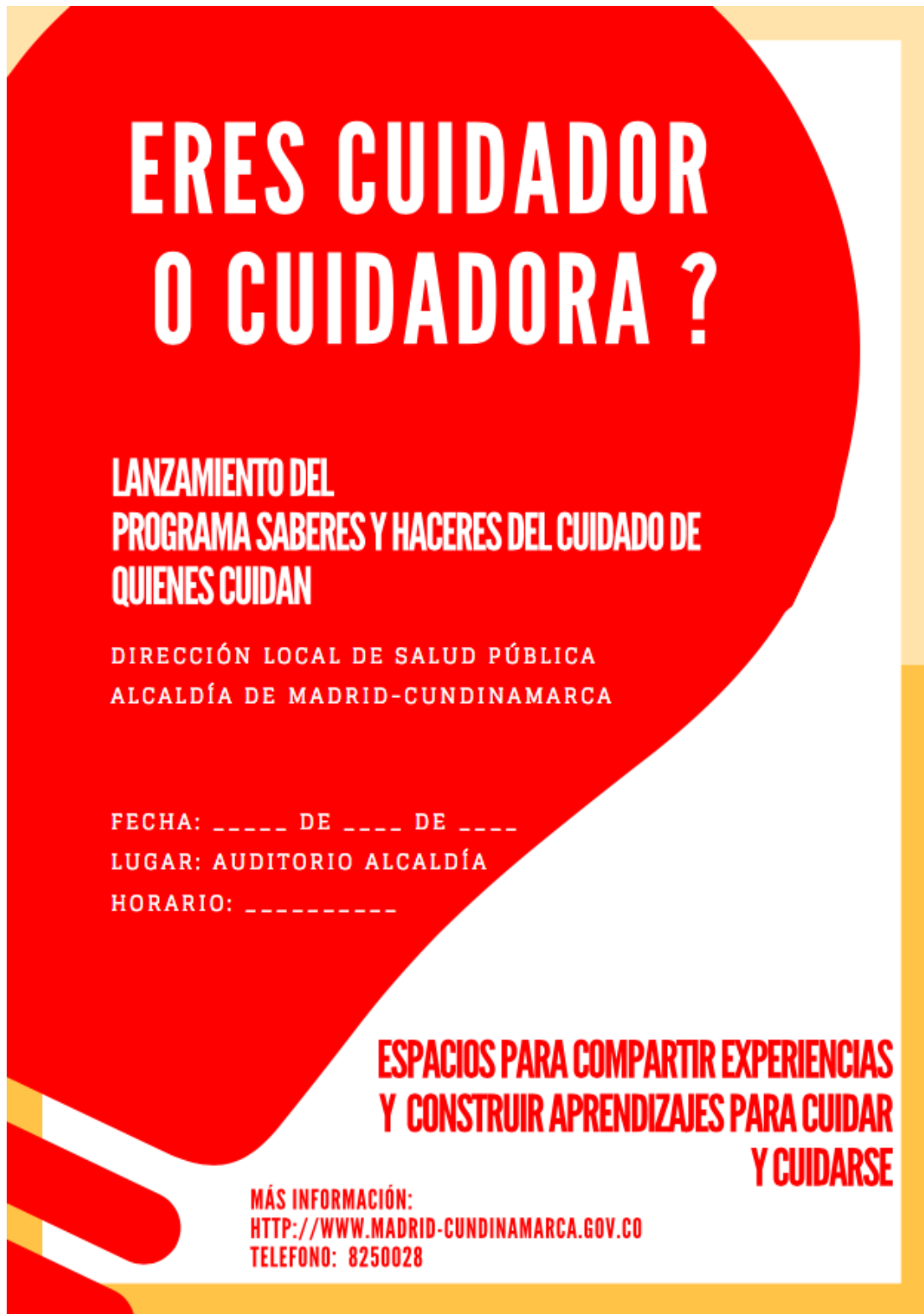
- Su objetivo fomentar espacios participativos donde cuidadores, cuidadoras y equipo interdisciplinario del programa compartan experiencias y aprendizajes, para fortalecer las habilidades y vivencias de cuidar y cuidarse en el Municipio, para mejorar la calidad de vida de la población que cuida.
- Tendrá varias estrategias como EnCoCo: Encuentros de construcción colectiva, En Red Ando, redes de apoyo social e Institucional, Acompañamientos y fortalecimientos de cuidado en domicilio, Respiros.
- El próximo ____ de ____ de ____ a las ____ horas, en el auditorio de la Alcaldía se realizará la sesión de socialización, donde se presentará el programa y se realizará una jornada de inscripción.

Mayor información: Oficina Salud Pública. Dirección Local de Salud. Alcaldía.

Teléfono: 00000000 Ext. 0000.

E-mail: oioioioo@madrid-cundinamarca.gov.co

Anexo 2 Cartel Informativo



ERES CUIDADOR O CUIDADORA ?

**LANZAMIENTO DEL
PROGRAMA SABERES Y HACERES DEL CUIDADO DE
QUIENES CUIDAN**

DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD PÚBLICA
ALCALDÍA DE MADRID-CUNDINAMARCA

FECHA: ____ DE ____ DE ____
LUGAR: AUDITORIO ALCALDÍA
HORARIO: _____

**ESPACIOS PARA COMPARTIR EXPERIENCIAS
Y CONSTRUIR APRENDIZAJES PARA CUIDAR
Y CUIDARSE**

MÁS INFORMACIÓN:
[HTTP://WWW.MADRID-CUNDINAMARCA.GOV.CO](http://www.madrid-cundinamarca.gov.co)
TELÉFONO: 8250028

Anexo 3 Base de Datos de Registro - Variables

Diligenciar los nombres completos del participante, acorde con el documento de identidad. Por favor tenga en cuenta que la ortografía corresponda con el documento.							Ingrese la fecha de nacimiento del participante con el criterio DD/MM/AAAA, no modifique para evitar alterar la fórmula	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DE DOCUMENTO NUP, REGISTRO CIVIL, TI, CC	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AAA		
Confirme que la participante acceda al servicio de salud.	Si cuenta con afiliación a salud reporte a que régimen pertenece	Si no cuenta con afiliación informe la razón por la cual no accede al servicio y remita a En Red Ando	Esta información corresponde a los participantes					
AFLIACIÓN AL SISTEMA DE SALUD (S/NO)	RÉGIMEN DE AFLIACIÓN A SEGURIDAD SOCIAL	EN CASO DE NO TENER AFLIACIÓN A SALUD, REPORTE LA RAZÓN	DISCAPACIDAD SI/ NO	EN CASO AFIRMATIVO (TIPO DE DISCAPACIDAD)	VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO (S/NO)	ETNIAS (S/NO)	EN CASO AFIRMATIVO QUE ETNIA	
Indique únicamente con número de 1 a 6	Indique Soltero (a), Casado(a), Separado(a), Viudo(a), Unión libre	Indique Si o No	Indique: Primaria incompleta, Bachillerato incompleto, Bachillerato completo, Técnico, Universidad incompleta, Universidad completa, Posgrado	Indique: Mayor que el rango de edad del cuidador, Del mismo rango de edad del cuidador, Menor que el rango de edad del cuidador	Indique Si o No	Indique Si o No	Indique: Menos de 6 horas, 7 a 12 horas, 13 a 23 horas, 24 horas	
ESTRATO DE VIVIENDA	ESTADO CIVIL	SABE LEER Y ESCRIBIR	GRADO DE ESCOLARIDAD	TENIENDO EN CUENTA LOS GRUPOS DE EDAD, LA EDAD DEL RECEPTOR DEL CUIDADO - PACIENTE ES:	CUIDA A LA PERSONA A SU CARGO DESDE EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO	ÚNICO CUIDADOR	No. HORAS DIARIAS DEDICADAS AL CUIDADO	
Indique: Esposo(a), Madre/padre, Hijo(a), Abuelo(a), Amigo(a), Otro (cual)				Indique Si o No	Indique Si o No	Indique Si o No	Indique Si o No	
RELACIÓN CON EL RECEPTOR DEL CUIDADO	TELEFONO	E-MAIL	BARRIO O VEREDA DE RESIDENCIA	DIRECCIÓN DE VIVIENDA	PARTICIPARÍA EN ENCOCO	PARTICIPARÍA EN ACOMPAÑAMIENTO EN DOMICILIO	PARTICIPARÍA EN RESPIROS	PARTICIPARÍA EN CENTRO DIA

Anexo 4 Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: _____

POR FAVOR LEA DETENIDAMENTE ESTA INFORMACIÓN. SI TIENE ALGUNA DUDA O PREGUNTA POR FAVOR SOLICITE QUE UNO DE LOS PROFESIONALES LE RESPONDA SUS INQUIETUDES ANTES DE FIRMARLO.

INFORMACIÓN GENERAL Y OBJETIVOS

Usted (o su familiar) va a participar en Programa Saberes y Haceres del Cuidado de quienes Cuidan en el Municipio de Madrid-Cundinamarca. Es muy importante que usted lea y entienda ciertos puntos importantes:

Su participación es totalmente voluntaria. El programa consta de diferentes servicios:

- EnCoCo: Encuentros de construcción colectiva, con encuentros de tres horas cada dos semanas por nueve meses.
- En Red Ando: Red de trabajo intersectorial, se desarrollan reuniones y talleres para construir la agenda de trabajo. Para esta actividad deben ser representantes elegidos por la población cuidadora del Municipio.
- Acompañamiento en Domicilio: Sesiones de tres horas en domicilio cada dos semanas en donde un profesional de apoyo realizará el fortalecimiento, solo en los casos en que las condiciones de dependencia y cuidado no permitan participar en EnCoCo, o por la lejanía de la residencia en caso de Veredas.
- Respiros: Servicio desarrollado por profesionales de enfermería para apoyo del cuidado en domicilio.

Usted deberá traer el material proporcionado al inicio del taller (bolso, carpeta, esferos) durante todas las sesiones y las actividades realizadas en cada jornada deberán ser guardadas.

Teniendo en cuenta la naturaleza intersectorial del Programa se señala que pueden asistir estudiantes pasantes y practicantes a las sesiones y que los datos obtenidos por ustedes en las evaluaciones o intervenciones pueden ser utilizadas como objetivo de investigación cuidando la confidencialidad de cada participante.

RIESGOS E INCOMODIDADES

La participación en este programa representa riesgo mínimo para su salud e integridad y las molestias.

RESPONSABILIDAD DEL PARTICIPANTE Y PRECAUCIONES

Al tomar parte de este programa es importante que usted contemple las responsabilidades y precauciones, así como un compromiso de corresponsabilidad en el marco de las acciones en las que participe.

CONSENTIMIENTO

Me han explicado los objetivos del programa y los diferentes momentos en los cuales puedo participar EnCoCo, En Red Ando, Acompañamiento en Domicilio, Respiros y seguimientos en Domicilio.

De igual forma, me han informado que mi participación incluye el registro de información de caracterización, la participación activa y reflexiva en los encuentros de construcción colectiva y el respeto y tolerancia por los otros compañeros participantes y el equipo de trabajo.

De esta manera declaro cumplida a satisfacción la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud que hace referencia a las disposiciones legales que desarrollan el tema del consentimiento informado del paciente.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

También se me ha informado de mi derecho a rechazar las actividades o revocar este consentimiento.

Por lo tanto, Yo _____ mayor de edad
identificado con CC. _____ actuando en nombre
propio o como representante legal de
_____ doy mi consentimiento para participar en el programa.

AUTORIZACION:

Por otro lado, hago las siguientes afirmaciones específicas:

Autorizo realizar grabaciones de audio y video, que incluyan imagen personal o voz, y que tales puedan ser almacenadas para el análisis SI _____ NO _____ y /o utilizadas en el desarrollo de informes, comunicaciones y reportes de resultados del programa. Se señala que siempre se conservará la confidencialidad del participante.

El presente documento se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ de _____.

Anexo 5 Encuesta de Caracterización del Cuidado de la Diada Cuidador Familiar – Persona

Persona Receptora del Cuidado	Cuidador Familiar o Informal
1. Edad: _____	1. Edad: _____
2. Sexo Hombre _____ Mujer _____	2. Sexo Hombre _____ Mujer _____
3. Ocupación: _____	3. Ocupación: _____
4. Estado Civil ____ Soltero(A) ____ Casado(A) ____ Separado(A) ____ Viudo(A) ____ Unión Libre	4. Estado Civil ____ Soltero(A) ____ Casado(A) ____ Separado(A) ____ Viudo(A) ____ Unión Libre
5. Nivel de Escolaridad ____ Primaria Incompleta ____ Primaria Completa ____ Bachillerato Incompleto ____ Bachillerato Completo ____ Técnico ____ Universidad Incompleta ____ Universidad Completa	5. Nivel de Escolaridad ____ Primaria Incompleta ____ Primaria Completa ____ Bachillerato Incompleto ____ Bachillerato Completo ____ Técnico ____ Universidad Incompleta ____ Universidad Completa
6. Nivel Socioeconómico-Vivienda ____ Estrato 1 ____ Estrato 2 ____ Estrato 3 ____ Estrato 4 ____ Estrato 5 ____ Estrato 6	6. Nivel Socioeconómico-Vivienda ____ Estrato 1 ____ Estrato 2 ____ Estrato 3 ____ Estrato 4 ____ Estrato 5 ____ Estrato 6
7. Tipo de relación con el Cuidador ____ Esposo(A) ____ Madre/ Padre ____ Hijo(A) ____ Abuelo(A) ____ Amigo(A) Otra: _____	7. Tipo de relación con el Cuidador ____ Esposo(A) ____ Madre/ Padre ____ Hijo(A) ____ Abuelo(A) ____ Amigo(A) Otra: _____
8. Perfil de Funcionalidad (Pulses) ____ 6 - 8 ____ 9 – 11 ____ 12 – 24	8. Servicio de Salud ____ Subsidiado ____ Contributivo ____ Contributivo+Medicina Prepagada

BINOMIO

1. Tiempo de Cuidado

☐ 0 a 6 Meses

☐ 7 a 18 Meses

☐ 19 a 36 Meses

☐ Más de 37 Meses

2. Soporte Social (Familiares Cercanos)

☐ Hijos

☐ Hermanos

☐ Esposo (A)

Otros: _____

3. Asiste a Grupos de Apoyo (alguno de los miembros de la diada)

☐ Si

☐ No

4. Conviven Bajo el mismo Techo

☐ Si

☐ No

5. Etapa del Ciclo Vital en que se encuentra inmersa la Diada (García y Estremeo, 2003)

☐ Constitución de la Pareja

☐ Nacimiento y Crianza

☐ Hijos en Edad Escolar y/o Adolescencia

☐ Salida de los Hijos y Casamiento

☐ Etapa Madura

☐ Ancianidad

Modificada de la Encuesta desarrollada por el Grupo Cuidado del Paciente Crónico y su familia de la Universidad Nacional de Colombia.

Anexo 6 Instrumento Encuesta de Sobrecarga del Cuidado Zarit

Instrucciones para la persona cuidadora:					
A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con que frecuencia se siente Ud. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.					
	1. Nunca	2. Rara vez	3. Algunas veces	4. Bastantes veces	5. Casi siempre
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de Ud.?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

Instrucciones para el profesional:

Población diana: Población cuidadora de personas dependientes. Es un cuestionario **autoadministrado** que consta de 22 ítems, con respuesta tipo escala likert (1-5)

Los valores correspondientes a las opciones de respuesta son:

- - 1=Nunca
- - 2=Rara vez
- - 3=Algunas veces
- - 4=Bastantes veces
- - 5=Casi siempre

Los puntos de corte recomendados son:

- - < 46 No sobrecarga
- - 46-47 a 55-56 Sobrecarga leve
- - > 55-56 Sobrecarga Intensa

Anexo 7 Inventario de Habilidad de Cuidado –CAI– Ngozi Nkongho

Instrucciones⁴⁷: Lea cada una de las siguientes afirmaciones y marque la opción que mejor refleje sus pensamientos al respecto. Utilizando para expresar su nivel de acuerdo o desacuerdo la escala de 1 a 7 al lado de cada afirmación. Señale con una X, el número correspondiente a su opinión. No hay respuestas correctas o erradas. Por favor responda todas las preguntas.

Ejemplo: En la afirmación “la vida es bella”. Usted considera que lo es pero no del todo, por eso decide marcar 5, lo cual hará así:

En absoluto desacuerdo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente de acuerdo

No.	Afirmaciones	Calificación
1.P	Creo que aprender toma tiempo.	1234567
2.C	El hoy está lleno de oportunidades.	1234567
3.C	Usualmente digo lo que quiero decir a otros.	1234567
4.V	Hay muy poco que yo pueda hacer para que una persona se sienta importante.	1234567
5.P	Veo la necesidad de cambio de mí mismo.	1234567
6.C	Tengo la capacidad que me gusten las personas aunque así yo no les guste a ellas.	1234567
7.C	Entiendo a las personas fácilmente.	1234567
8.V	He visto suficiente en este mundo para lo que hay que ver.	1234567
9.C	Me tomo el tiempo para llegar a conocer personas.	1234567
10.P	Algunas veces me gusta estar incluido en las actividades grupales.	1234567
11.V	No hay nada que pueda hacer para hacer la vida mejor.	1234567
12.V	Me siento intranquilo sabiendo que otra persona depende de mí.	1234567
13.V	No me gusta desviarme de mis cosas para ayudar a otros.	1234567
14.V	Al tratar a las personas es muy difícil mostrar mis sentimientos.	1234567
15.V	No importa lo que diga mientras yo haga lo correcto.	1234567
16.V	Encuentro difícil entender cómo se sienten las personas si no he tenido experiencias similares a ellas.	1234567
17.P	Admiro a las persona que son calmadas compuestas y pacientes,	1234567
18.P	Creo que es importante respetar las actividades y sentimientos de otros.	1234567
19.C	La gente puede contar conmigo para hacer lo que dije que haría.	1234567
20.P	Creo que hay espacio para mejorar.	1234567
21.P	Los buenos amigos velan por los demás.	1234567
22.C	Encuentro significado en cada situación.	1234567
23.V	Tengo miedo de “dejar ir” a aquellos a quienes cuido por temor de lo que pueda sucederles.	1234567
24.P	Me gusta ofrecer aliento a las personas.	1234567
25.V	No me gusta hacer compromisos más allá del presente.	1234567
26.C	De verdad yo me gusto a mí mismo.	1234567

⁴⁷ Abarca 37 ítems, utilizando como respuestas una escala tipo Liker, con ítems que van de 1 a 7, los cuales califican la percepción del usuario frente a una afirmación, siendo 1 totalmente en desacuerdo, 2 parcialmente en desacuerdo, 3 en desacuerdo, 4 Indecisión o Duda, 5 de acuerdo, 6 parcialmente en acuerdo, 7 totalmente en acuerdo, representando un método rápido que permite que el sujeto establezca un estimado cuantitativo de la magnitud de un atributo, en este caso representado por los tres elementos teóricos de Mayeroff sobre el cuidado, conocimiento, valor y paciencia.

27.P	Veo fortalezas y debilidades (limitantes) en cada individuo.	1	2	3	4	5	6	7
28.V	Las nuevas experiencias son usualmente me producen miedo.	1	2	3	4	5	6	7
29.V	Tengo miedo de abrirme y dejar que otros vean quien soy.	1	2	3	4	5	6	7
30.C	Acepto a las personas tal como son.	1	2	3	4	5	6	7
31.C	Cuando cuido a alguien no tengo que esconder mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
32.V	No me gusta que me pidan ayuda.	1	2	3	4	5	6	7
33.C	Puedo expresar mis sentimientos a las personas de una forma cálida y cuidadosa.	1	2	3	4	5	6	7
34.C	Me gusta hablar con las personas.	1	2	3	4	5	6	7
35.C	Me veo como una persona sincera en mis relaciones con otros.	1	2	3	4	5	6	7
36.C	Las personas necesitan espacio (lugar, privacidad) para pensar y sentir.	1	2	3	4	5	6	7
37.P	Puedo ser abordado por las personas en cualquier momento.	1	2	3	4	5	6	7

C: Conocimiento V: Valor P: Paciencia. **Fuente:** Nkongoh N. The Caring Ability Inventory. In Ora L. Strickland and Carolyn F. Waltz. Measurement of Nursing Outcomes: Self Care and Coping. New York. Springer Publishing Company, Part III. 1990; (3 y 4) pp.3-16.

Los puntajes más altos indican mayor grado de cuidado para el ítem positivamente formulado. Para los ítems negativamente formulados, el puntaje se invierte. Las respuestas a los ítems se suman para cada sub-escala, dando un puntaje total y otro específico. Las sub-escalas se clasifican en tres factores asociados con el entendimiento del propio ser y de otros: conocimiento (14 ítems), valor (13 ítems) y paciencia (10 ítems).

Categorías	Cai - Total	Conocimiento	Valor	Paciencia
Alto	111 - 148	43 – 56	40 – 52	30 – 40
Medio	74 – 110	28 – 42	26 – 39	20 – 29
Bajo	37 - 73	14 – 27	13 – 25	10 – 21

Anexo 8 Cuestionario para la evolución de calidad de vida: WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF⁴⁸

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor **conteste todas las preguntas**. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida **durante las dos últimas semanas**. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas.

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

	Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1 ¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
	Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2 ¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

⁴⁸ Versión adaptada de: Murgieri, M. WHOQOL-100 Y WHOQOL-BREF. En red: Última actualización 30/03/2009. http://www.llave.commed.com.ar/porta/noticias_vern/noticia.php?codigo/noticia=17621. Versión original: OMS. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF World Health Organization 2004

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿ Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿ Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿ Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas ha sentido satisfacción y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario? _____

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo? _____

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario? _____

Gracias por su ayuda

Normas de administración y puntuación⁴⁹

En Badía X, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. 4ta edición Barcelona: Lilly. 2007

- Concepto: Proporciona un perfil de calidad de vida percibida por la persona. Fue diseñado para ser usado tanto en población general como en pacientes. La WHOQOL-BREF proporciona una manera rápida de puntuar los perfiles de las áreas que explora, sin embargo no permite la evaluación de las facetas individuales de las áreas. Se recomienda utilizarla en epidemiología y en clínica cuando la calidad de vida es de interés, pero no es el objetivo principal del estudio o intervención.
- Existen dos versiones la WHOQOL-100 y la WHOQOL-BREF ambas con estudios de validación en español (que aún continúan completándose). La versión aquí recogida, la WHOQOL-BREF (26 ítems) produce un perfil de 4 dimensiones: Salud física, Salud psicológica. Relaciones sociales, Ambiente.

En Murgieri, M. WHOQOL-100 Y WHOQOL-BREF. En red: Última actualización 30/03/2009. http://www.llave.connmed.com.ar/porta/noticias_vernoticia.php?codigo=noticia=17621:

- Administración:
- El tiempo de referencia que contempla el WHOQOL es de dos semanas.
- El cuestionario debe ser autoadministrado.
- Cuando la persona no sea capaz de leer o escribir por razones de educación, cultura o salud puede ser entrevistada.

Freire de Oliveira M, Ábalos Medina GM, Olmedo Alguacil M, Ramírez Rodrigo J, Fernández Pérez AM, Villaverde Gutiérrez C. Estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL-BREF Y SF-36, para medir calidad de vida en mayores. Scientia, 2008; 3: En red: <http://www.revista-scientia.es/documentos/2008/3.pdf>

- Puntuación:
- El instrumento WHOQOL-BREF ofrece un perfil de calidad de vida, siendo cada dimensión o dominio puntuado de forma independiente. Cuanto mayor sea es la puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada.
- Sin embargo no todos los ítems se puntúan de forma directa, hay que recodificar de forma inversa parte de las puntuaciones. Las instrucciones para la recodificación de estos ítems, sobre cómo calcular la puntuación en cada dominio y la estandarización de estas puntuaciones para compararlas con otras escalas se pueden consultar en: Organización Mundial de la Salud (OMS). WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and version of the assessment. OMS. Ginebra. 1996: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf (ver tablas 3 y 4 en páginas: 12 y 13).

En Bobes García, J; G.-Portilla, MP; Bascarán Fernández, MT, Saiz Martínez; PA, Bousoño García M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 3.ª edición. Barcelona: Ars Médica. 2004

- Puntuación:

- Se obtiene un perfil del paciente y una puntuación sobre percepción de calidad de vida global y salud general. No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor calidad de vida.
- Para su corrección se remite al lector a la versión española del WHOQOL: Lucas Carrasco R. Versión española del WHOQOL. Madrid: Ergón, 1998.

Anexo 9 Compromiso para el Funcionamiento del Grupo: Contrato Educativo

COMPROMISOS PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DEL GRUPO: CONTRATO EDUCATIVO

Dentro del momento de acogida del primer taller se debe permitir que todo el grupo acuerde unas normas para garantizar la cohesión y el buen funcionamiento. Desde el dúo formador se plantean como elementos mínimos haciendo una explicación uno a uno y llegando a un consenso a través de la discusión grupal. Luego de presentarlo, es necesario propiciar con los participantes que se complementen o integren algunos que consideren pertinentes.

Acuerdos para el buen funcionamiento del grupo⁵⁰

1. Comprometerse a asistir.

En razón a que el programa se ha estructurado como una Ruta o Recorrido, cada taller se articula con el siguiente. Es muy importante, que se participe en las sesiones, y que en los casos de inasistencia se comunique con el dúo formador si van a faltar, para poder desarrollar una estrategia que le permita en casa ponerse al corriente de los temas, acuerdos y compromisos de la sesión, antes de que se realice la siguiente sesión.

2. El mismo tiempo para todos y todas.

Se concibe el espacio como un escenario para compartir, narrar y conocernos a nosotros mismos y a los demás, por tanto, es muy importante asegurar que cada persona durante su desarrollo tenga la misma oportunidad de expresar lo que desea.

3. Actitud positiva y constructiva.

“Si alguna persona quiere dar algún consejo o hacer alguna recomendación a otra persona o tal vez al grupo en general, hay que animarla a que lo haga, pero es importante expresar lo que se quiere decir de tal manera que no se ofenda a nadie. Por lo tanto, todo el grupo debe hacer comentarios constructivos que ayuden y que den esperanzas”.

4. Mantener un enfoque práctico.

La mayor parte de los talleres se enfocarán en compartir estrategias para mejorar las condiciones del rol de cuidado, reconociendo las tensiones que el cuidar implica. Por

⁵⁰ Propuesta de Acuerdos desarrollados en Base a la Guía de atención a las personas cuidadoras. Gobierno del Principado de Asturias. Disponible en: http://www.riicotec.org/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/guia_atencion_personas_cuidado.pdf Consultado 01/06/2017.

tanto, tanto si en alguna sesión nos desviamos de lo práctico y nos ponemos a divagar, deben sentirse libres de hacernos “volver a la realidad”.

5. Confidencialidad.

A lo largo de los talleres, algunas personas pueden revelar una experiencia personal que ilustre el tema que estamos tratando. Este tipo de información no debe ser comentada fuera del grupo. De esta manera todos y todas podemos sentirnos cómodamente sabiendo que lo que digamos no se divulgará a otras personas fuera del grupo, en el marco del respeto y la confidencialidad.

Como representación tangible del acuerdo de este contrato educativo, se desarrollará una lluvia de palabras donde cada participante compartirá una palabra a incluir en el cartel que retome el aspecto más representativo del acuerdo, el cartel será firmado con las huellas de las manos de los participantes.

Ejemplo de Cartel:



Anexo 10 Formato de Asistencia a Encuentros

NOMBRE MODERADOR: _____ DEPENDENCIA O ENTIDAD: _____

No.	NOMBRE	cÉDULA	CARGO / ROL	DEPENDENCIA O ENTIDAD	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	FIRMA
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

OBSERVACIONES:

Anexo 11 Formato de Evaluación de Talleres

Evalué el desarrollo de cada taller⁵¹ de acuerdo a la siguiente escala:

Totalmente en desacuerdo	1
En desacuerdo	2
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3
De acuerdo	4
Totalmente de acuerdo	5

Taller No. _____ Fecha _____ Grupo _____

Título Taller _____

Dúo Formador a cargo: _____

ASPECTOS GENERALES DEL TALLER	Calificación
El nivel de dificultad del taller fue adecuado.	
Las actividades sugeridas fueron apropiadas y entendibles.	
El material aportado fue adecuado, entendible y facilitó la comprensión de los temas tratados.	
ACERCA DE LOS POSIBLES BENEFICIOS DEL TALLER	
Ha colaborado a compartir mis experiencias y estrategias para cuidar y cuidarse	
Ha colaborado a completar mi formación en la temática.	
Ha logrado aumentar mi interés en el tema.	
Cubrió mis expectativas.	
Utilizó herramientas metodológicas y didácticas adecuadamente.	
SATISFACCIÓN	
¿Cuál es su nivel de satisfacción con el Taller?	Excelente
	Bueno
	Regular
	Malo
¿Cuál fue el principal aprendizaje del taller para su Rol como cuidador o cuidadora?	
OBSERVACIONES:	

⁵¹ Modificado del Formato usado en Grupo de Investigación Kinesiología, Salud y Desarrollo, Línea de profundización en Comunidad y Desarrollo.

Anexo 12 Formato de Evaluación Individual de Ejes de EnCoCo

Evalúe el desarrollo de cada Eje⁵² de acuerdo a la siguiente escala:

Totalmente en desacuerdo	1
En desacuerdo	2
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3
De acuerdo	4
Totalmente de acuerdo	5

Eje: _____ Grupo: _____

Fechas de Talleres: _____

Dúo Formador a cargo: _____

ASPECTOS GENERALES DEL EJE	Calificación
El nivel de dificultad de los talleres fue adecuado.	
Las actividades sugeridas fueron apropiadas y entendibles.	
El material aportado fue adecuado, entendible y facilitó la comprensión de los temas tratados.	
ACERCA DE LOS POSIBLES BENEFICIOS DEL EJE	
Ha colaborado a compartir mis experiencias y estrategias para cuidar y cuidarse	
Ha colaborado a completar mi formación en la temática.	
Ha logrado aumentar mi interés en el tema.	
Cubrió mis expectativas.	
Utilizó herramientas metodológicas y didácticas adecuadamente.	
EN LOS TALLERES LOS INTEGRANTES DEL DÚO FORMADOR A CARGO:	
Fueron claros en la transmisión de los conceptos.	
Permitieron el desarrollo de alguna competencia y/o habilidad nueva.	
Mostraron entusiasmo por el curso.	
Incentivaron la participación de todos los asistentes.	
Utilizaron adecuadamente ejemplos para favorecer la comprensión.	
Tuvieron un dominio avanzado sobre la temática.	
SATISFACCIÓN	
¿Cuál es su nivel de satisfacción con el Eje _____?	Excelente
	Bueno
	Regular
	Malo
¿Qué elementos mejoraría de los talleres del Eje _____?	
¿Qué elementos eliminaría o reemplazaría de los talleres del Eje _____? ¿Por qué? ¿Qué incluiría?	
¿Qué elementos o aspectos le parecen más enriquecedores?	
¿Cuál fue el principal aprendizaje del taller para su Rol como cuidador o cuidadora?	
OBSERVACIONES:	

⁵² Modificado del Formato usado en Grupo de Investigación Kinesiología, Salud y Desarrollo, Línea de profundización en Comunidad y Desarrollo.

Anexo 13 Evaluación Colectiva de Ejes

Como cierre de cada eje el grupo desarrollará las siguientes actividades:

1. Caracola de Aprendizajes.

Objetivo: Construir una Caracola-Espiral de aprendizajes como resultado de las acciones y actividades compartidas en el eje.

Pasos:

1. Se dispone del espacio de encuentro en el cual se instala un recuadro con pliegos de papel periódico o papel kraft de al menos 2x3 metros, puede de acuerdo a la preferencia del grupo instalarse en el piso o en la pared.
2. Y se dibuja en él un espiral o caracola, en la cual cada participante registrará los aprendizajes adquiridos en el eje. Si el aprendizaje es compartido por varios participantes, se hará énfasis en este, sin repetirlo.
3. El registro del aprendizaje puede darse escrito, dibujo, usando los diferentes materiales dispuestos (hilos, pinturas, marcadores, papel de diferentes tipos, etc.)
4. Del proceso colectivo, luego se dispone un espacio de socialización y consenso de los aprendizajes.

Recuerde:

Desarrollar la relatoría de la actividad.

Registro fotográfico de la actividad.

2. DAFO del Eje

Objetivo: Construir conjuntamente una matriz DAFO sobre el desarrollo del eje.

Se organizan cuatro estaciones, con cada premisa de la matriz DAFO. En cuatro grupo, los participantes pasan por cada estación y como grupo registran en la matriz, luego de recorrer las cuatro estaciones, el dúo formador socializará los resultados de cada estación, para definir un consenso sobre la matriz DAFO.

Recuerde:

Desarrollar la relatoría de la actividad.

Registro fotográfico de la actividad.

Analice estos resultados como parte del proceso de seguimiento del programa, de tal forma que permita la toma de decisiones para mejorar y perfeccionar los siguientes ejes; así mismo constituye un insumo para el análisis cualitativo del programa.

Anexo 14 Cuestionario Emociones y Sentimientos

EMOCIONES Y SENTIMIENTOS

Reconociendo nuestras emociones. Señalen las reacciones emocionales que en su opinión aparecen con más frecuencia en el proceso de cuidar y su intensidad de 1 (poco) a 3 (mucho), tanto en la persona que cuida como en la cuidada.

Persona cuidadora		Persona cuidada	
Emoción	Intensidad	Emoción	Intensidad
Satisfacción		Satisfacción	
Culpa.....		Culpa.....	
Enfado		Enfado	
Alegría.....		Alegría.....	
Preocupación		Preocupación	
Tristeza		Tristeza	
Ternura		Ternura	
Soledad		Soledad	
Vergüenza.....		Vergüenza.....	
Amor.....		Amor.....	
Resignación.....		Resignación.....	
Aburrimiento		Aburrimiento	
Enriquecimiento personal		Enriquecimiento personal	
Impotencia		Impotencia	
Abatimiento.....		Abatimiento.....	
Solidaridad		Solidaridad	
Miedo		Miedo	
Asco		Asco	

Comenten qué o quién es responsable de sus emociones.

.....

.....

.....

Anexo 15 Acta de Sesiones En Red Ando y Encuentros en Domicilio

Programa Saberes y Haceres de quienes cuidan en Madrid-Cundinamarca	
Acta No.	
Tipo de Actividad	
Fecha	
Lugar	

Asistentes		
Entidad Municipal / Organización	Nombre	Cargo/Rol
Invitados		
Objetivo:	Agenda:	

Desarrollo de la agenda

Compromisos y/o decisiones:	Responsable	Fecha límite

Firmas participantes:

Anexos